

**CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA INSTITUCIÓN  
PRESTADORA DE SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD, MONTERÍA,  
CÓRDOBA**

**KARLA LUCÍA HENAO GUTIÉRREZ**



**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
PROGRAMA ADMINISTRACIÓN EN SALUD  
MONTERÍA, CÓRDOBA  
2019**

**CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA INSTITUCIÓN  
PRESTADORA DE SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD, MONTERÍA,  
CÓRDOBA**

**KARLA LUCÍA HENAO GUTIÉRREZ**

**Investigación presentada como trabajo de grado para optar el título de  
Administradora en Salud**

**Director: Elvira Durán Rojas, Adm. Emp., M.Sc., D.Sc.**



**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
PROGRAMA ADMINISTRACIÓN EN SALUD  
MONTERIA, CÓRDOBA  
2019**

**NOTA DE ACEPTACIÓN:**

---

---

---

---

---

**Altagracia Bravo De La Ossa**

Firma del Jurado

**Enalbis Espitia Cabrales**

Firma del Jurado

**Monica Ocampo Rivero**

Firma del Jurado

Montería, 8 de agosto de 2019

## DEDICATORIA

*A mi madre por su gran amor y apoyo para culminar este trabajo.*

*A mi tía Leidy Diana por su gran bondad,*

*A mis hermanas por motivarme,*

## AGRADECIMIENTOS

***“Confía en el Señor de todo corazón, y no en tu propia inteligencia.***

***Reconócelo en todos tus caminos, y él allanará tus sendas”*** (Proverbios 3:5-6).

Agradezco de manera infinita a Dios por permitirme culminar este trabajo de investigación, por llenarme de paz y confianza en los momentos de desanimo, por tocar el corazón de todas las personas involucradas para estar dispuestas en colaborarme en el desarrollo de este trabajo de investigación.

A mi madre por su tenacidad y valentía por inculcarme buenos valores y recordarme siempre que el conocimiento no enriquece solo la mente sino el alma.

A mi tía Leidy Diana quien ha sido ese otro árbol en el cual he podido encontrar refugio por su ejemplo visionario y sus ganas de ayudar siempre a quienes la rodean a superarse y salir adelante.

A mis dos hermanas por transmitirme seguridad para terminar este proyecto, a mis buenas amigas que me apoyaron con sus palabras motivantes.

A la Universidad de Córdoba por permitirme formarme como profesional, a los profesores y demás profesionales que compartieron sus conocimientos conmigo, en especial a mi directora de investigación, profa Elvira Durán Rojas, quien con su apoyo, amabilidad y disposición me orientó en cada una de las etapas realizadas e hizo posible que cumpliera el propósito de este trabajo, convirtiéndose para mí, en un ejemplo de profesional a seguir.

A mi jefe, quien con mucha comprensión me permitió el tiempo requerido para realizar este trabajo, creyendo firmemente en que la herramienta humana para adquirir muchas cosas en la vida es el estudio.

**¡Mil veces gracias!**

## **CONTENIDO**

	<b>pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>15</b>
<b>1. OBJETIVOS</b>	<b>18</b>
<b>1.1 OBJETIVO GENERAL</b>	<b>18</b>
<b>1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>18</b>
<b>2 MARCO REFERENCIAL</b>	<b>19</b>
<b>2.1 MARCO HISTÓRICO</b>	<b>19</b>
<b>2.2 MARCO LEGAL</b>	<b>21</b>
<b>2.3.MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>24</b>
<b>2.4 MARCO TEÓRICO</b>	<b>28</b>
<b>3. METODOLOGÍA</b>	<b>30</b>
<b>3.1 TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>30</b>
<b>3.2 LOCALIZACIÓN DE ESTUDIO</b>	<b>30</b>
<b>3.3 TIPO DE MUESTREO Y CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA</b>	<b>30</b>
<b>3.4 MÉTODOS E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS</b>	<b>31</b>
<b>3.5 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS</b>	<b>34</b>
<b>3.6 PLAN DE TABULACIÓN</b>	<b>35</b>
<b>4. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGISLATIVOS</b>	<b>37</b>
<b>5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	<b>38</b>
<b>5.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS FUNCIONARIOS</b>	<b>38</b>
<b>5.2 CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA ASISTENCIAL</b>	<b>41</b>
<b>5.3 CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN</b>	<b>58</b>
<b>5.4 RESULTADO PERCIBIDO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y EVENTOS REPORTADOS Y COMUNICADOS</b>	<b>64</b>
<b>6. CONCLUSIONES</b>	<b>80</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>82</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>89</b>

## LISTA DE FIGURAS

pág.

<b>Figura 1. Principal área de trabajo de los funcionarios (a) y tiempo de labor en ésta (b).....</b>	<b>38</b>
<b>Figura 2. Tiempo de trabajo (a) y número de horas laboradas a la semana (b) en la institución.....</b>	<b>39</b>
<b>Figura 3. Tiempo trabando en la profesión actual (a) e Interacción directa o contacto con pacientes en el cargo desempeñado en la institución (b).....</b>	<b>40</b>
<b>Figura 4. Percepción de los funcionarios sobre el grado de seguridad del paciente en la Institución.....</b>	<b>41</b>
<b>Figura 5. El jefe hace comentarios favorables cuando se realizan las actividades según los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes (a) y le indica cuando la presión se incrementa que se trabaje más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes (b).....</b>	<b>44</b>
<b>Figura 6. Aceptación de sugerencias por parte del jefe del personal a su cargo.....</b>	<b>45</b>
<b>Figura 7. El jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que son repetitivos (a) y la Institución realiza de manera constante acciones de mejoramiento en la seguridad del paciente (b).....</b>	<b>46</b>
<b>Figura 8. Cambios positivos según análisis de errores (a) y evaluación de efectividad de los cambios realizados (b).....</b>	<b>47</b>
<b>Figura 9. Apoyo de las diferentes áreas cuando alguna está ocupada (a) y trabajo en equipo cuando hay gran cantidad de trabajo (b).....</b>	<b>48</b>

<b>Figura 10. El personal en el área se trata con respeto (a) y se apoya mutuamente (b).....</b>	<b>49</b>
<b>Figura 11. El personal siente que puede hablar libremente si ve algo que puede afectar negativamente el cuidado del paciente (a) y siente temor de preguntar cuando algo no parece estar correcto (b).....</b>	<b>50</b>
<b>Figura 12. El personal se siente libre para cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad (a) y es posible discutir en el área formas de prevenir fallas en la atención en salud (b).....</b>	<b>51</b>
<b>Figura 13. Información brindada por el referente de seguridad del paciente sobre cambios basados en los reportes de eventos (a) y de las fallas de la atención en salud (b).....</b>	<b>52</b>
<b>Figura 14. Percepción del personal de los errores cometidos que sean usados en su contra (a) y del informe de un evento adverso siente que se denuncia a la persona y no al problema (b) .....</b>	<b>53</b>
<b>Figura 15. Percepción de los funcionarios sobre el reporte de un error y este quede registrada en su hoja de vida.....</b>	<b>54</b>
<b>Figura 16. La institución cuenta con suficiente personal para realizar el trabajo (a) y uso de más personal temporal de lo adecuado para el cuidado del paciente (b).....</b>	<b>55</b>
<b>Figura 17. El personal trabaja más horas de lo adecuado en su área para el cuidado del paciente (a) y frecuentemente trabajan en situación de urgencia intentando hacer mucho rápidamente (b).....</b>	<b>56</b>



<b>Figura 18. Percepción de los funcionarios en su área de trabajo sobre si es solo por casualidad que no se presentan errores más serios (a) y de tener problemas de seguridad del paciente (b).....</b>	<b>57</b>
<b>Figura 19. Percepción sobre los procedimientos y sistemas si son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir en la institución.....</b>	<b>58</b>
<b>Figura 20. La dirección propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente. ....</b>	<b>65</b>
<b>Figura 21. Medidas que toma la dirección de la institución hacia la seguridad del paciente es altamente prioritaria (a) y si solo se interesa en la S.P cuando ocurre un incidente o evento adverso (b).....</b>	<b>66</b>
<b>Figura 22. Percepción de la no coordinación (a) y el trabajo en conjunto para propiciar el mejor cuidado del paciente (b) entre las áreas de la institución.</b>	<b>67</b>
<b>Figura 23. Percepción sobre la buena cooperación entre las áreas que requieren trabajar en conjunto (a) y si frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas (b).....</b>	<b>68</b>
<b>Figura 24. La continuidad de la atención de los pacientes se pierde con la transferencia de un área a otra (a) y surgen a menudo problemas al intercambiar la información entre áreas (b).....</b>	<b>69</b>
<b>Figura 25. Los cambios de turnos generan problemas para los pacientes (a) y frecuente pérdida de información importante sobre el cuidado de los pacientes (b).....</b>	<b>70</b>

**Figura 26. Frecuencia del reporte cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente (a) o cuando el error pudiese dañar al paciente, pero no lo causa (b).....74**

**Figura 27. Número de reportes de eventos adversos, errores y fallas de la atención realizados en los pasados doce meses .....75**

## LISTA DE CUADROS

<b>Cuadro 1. Marco legal.....</b>	<b>21</b>
<b>Cuadro 2. Dimensiones de variables de la encuesta “AHRQ”.....</b>	<b>32</b>
<b>Cuadro 3. Variables clasificadas como fortaleza u oportunidad.....</b>	<b>77</b>

## LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Carta de solicitud para aplicación de encuesta.....	89
Anexo B. Encuesta adaptada y aplicada por la Clínica MICN.....	90

## RESUMEN

Asumir una cultura de seguridad del paciente en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, influye en el bienestar y la salud de los pacientes, en su situación financiera y la calidad del servicio ofrecido. Por lo anterior, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente desde la percepción de los funcionarios en una Institución Prestadora de Servicios de Salud, Montería, Córdoba. El tipo de estudio fue descriptivo transversal; se realizó un muestreo probabilístico teniendo en cuenta como población de estudio, todos los funcionarios (274) del área asistencial y de apoyo a ésta, de los cuales participaron en el estudio 229 funcionarios. Como método se utilizó el inductivo y la técnica para la recolección de los datos fue la encuesta Hospitalaria de Cultura de Seguridad del Paciente de la AHRQ, la cual contiene cuatro dimensiones: sociodemográfica, cultura de seguridad en el área atención al usuario, cultura de seguridad en la institución, resultado de la percepción de la cultura de seguridad del paciente y eventos reportados/comunicados agrupadas en 17 variables y 52 enunciados con una escala Likert de 5 puntos. Se organizó la información de acuerdo con las respuestas positivas y negativas, se codificó y tabuló en el software Excel, se analizó mediante estadística descriptiva con frecuencias relativas. Las variables que predominaron como fortaleza fue la institución para mejorar la seguridad del paciente y el análisis de los errores llevan a cambios positivos, ambas con un 93%, las cuales corresponden a la dimensión dos, siendo esta una fortaleza; sin embargo, sobre la variable áreas de la institución no están coordinadas entre sí, obtuvo una valoración de 75%, por lo que se considera como una debilidad, ya que solo 5% dijo que sí. Teniendo en cuenta dichos resultados, la IPS de acuerdo con los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud] podrá formular acciones para fomentar la cultura de la seguridad del paciente.

**Palabras clave:** seguridad del paciente, instituciones de salud, funcionarios, cultura.

## ABSTRACT

Assuming a culture of patient safety in the Institutions that Provide Health Services [IPS] influences the well-being and health of patients, in their financial situation and the quality of the service offered. Therefore, the objective of this study was to evaluate the dimensions of the patient's safety culture from the perception of the officials of the Institution Provider of the Health Services, Montería, Córdoba. This type of study was a cross-sectional descriptive research; this research studied a population that was composed by 274 officials with a probabilistic sampling where the majority were from the care area with a sample of 229 officials. The type of method that was used, it was the inductive method and as a technique for data collection, the AHRQ Patient Safety Culture Hospital Survey, which contains four dimensions: sociodemographic, safety culture in the area of user care, safety culture in the institution, the result of the perception of the culture of patient safety and reported / communicated events grouped in 17 variables and 52 statements with a Likert scale of 5 points. The information was organized according to the positive and negative responses, coded and tabulated in the Excel software, analyzed using descriptive statistics with relative frequencies. The variables with the highest positive assessment was the way in which the institution develops and improve patient safety and the analysis of errors to make positive changes, both with 93%, which correspond to dimension 2, this being a strength; However, on the variable areas of the institution are not coordinated with each other, it obtained a score of 75%, so it is considered as a weakness, due to only 5% said yes. Considering these results, the IPS in agreement with the protocols or established by the Ministry of Health and Social Protection [Minsalud] may take actions to promote and enhance the culture of patient safety.

**Keywords:** patient safety, health institutions, officials, culture.

## INTRODUCCIÓN

La seguridad de los pacientes se constituye en una prioridad en la gestión de calidad del cuidado que se brinda. De ahí la importancia de reflexionar sobre la magnitud que tiene el problema de eventos adversos, para prevenir su ocurrencia y progresar en acciones que garanticen una práctica segura<sup>1</sup>.

La preocupación por la seguridad del paciente surge a partir de la documentación de la incidencia de eventos adversos que impactan negativamente en la calidad de la atención en salud, tal como se indicó en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en 2002<sup>2</sup>, en donde se evidenció que la incidencia de eventos adversos representaba un alto costo no solo en valores materiales sino también afectaba la prestación de los servicios de salud en cuanto a vigilancia y mantenimiento del paciente.

Gómez<sup>3</sup> menciona que el 33% de los profesionales de salud estudiados, indicaron “que cuando existe una equivocación y ésta no afecta al paciente los eventos adversos no son reportados” a pesar de ser una obligación de las IPS de registrar los detalles de eventos adversos, para el monitoreo de la calidad en salud, de acuerdo con lo establecido en la resolución 256 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> VILLAREAL, Elizabeth. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. En: Revista Científica Salud Uninorte, marzo, 2007. vol. 23, p. 112.

<sup>2</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 55ª Asamblea Mundial de la Salud WHA 55.18. Punto 13.9 del orden del día 18 de mayo de 2002. Calidad de la atención: seguridad del paciente. (citado 13 febrero 2009)

<sup>3</sup> MURILLO D. La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones. Cap 5. España: Ediciones Díaz de Santos; 2006.

<sup>4</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. resolución 256 (febrero, 5, 2016). Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. Artículo 5. Diario Oficial No. 49.794, febrero 22, 2016.

Cada año, decenas de millones de pacientes en todo el mundo sufren lesiones o mueren como consecuencia de cuidados médicos inseguros y aunque su intención es prevenir o curar enfermedades, en ocasiones los procesos asistenciales causan daño a sus usuarios<sup>5</sup>.

Con base en lo anterior se puede decir que desconocer el clima actual de seguridad del paciente en una IPS podría generar riesgos para la atención de sus usuarios, por no disponer de información vigente que le permita identificar oportunidades de mejoramiento y desarrollar soluciones frente a eventuales brechas de desempeño de los procesos asistenciales. De igual forma, esta restricción del conocimiento empresarial podría generar dificultades a la alta Dirección para demostrar la eficacia de las acciones dirigidas al cumplimiento de las declaraciones misionales<sup>6</sup>.

Por lo cual apropiarse de una debida cultura de seguridad del paciente en las IPS influye en el bienestar y la salud de los pacientes, en su situación financiera y la calidad del servicio ofrecido. Por eso, todos los esfuerzos que se realizan para la mejora en la seguridad el paciente desde las directrices de calidad en la atención sanitaria deben reflejarse en la percepción del paciente con respecto a su seguridad.

De acuerdo con lo anterior se define como objetivo principal para este proyecto de investigación, evaluar la percepción de la cultura de seguridad del paciente de los funcionarios del área de atención al usuario en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de alta complejidad, Montería, Córdoba.

---

<sup>5</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Ginebra: OMS; 2010.

<sup>6</sup> CASTAÑEDA J, Stephany; HENAO, Yessica. Clima de seguridad del paciente Hospital General de Medellín. Trabajo de Grado para optar al título Administrador en Salud con Énfasis en Gestión de Servicios de Salud. Universidad de Antioquia, 2015, 13 p.



Lo que permitirá conocer la cultura asumida por los funcionarios de la IPS y a la Institución de acuerdo a los protocolos establecidos por Minsalud poder formular acciones hacia la seguridad del paciente que propendan a que cuando se presenten eventos adversos y/o incidentes, los profesionales sean más diestros en la identificación y reconocimiento de los errores durante el proceso de atención, implementen las barreras de seguridad que permitan prevenirlos, generar una cultura de seguridad del paciente que contribuya al mejoramiento continuo y garantizar la calidad del servicio a los usuarios.

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1 OBJETIVO GENERAL**

Evaluar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente desde la percepción de los funcionarios de una Institución Prestadora de Servicios de Salud [IPS] de alta complejidad Montería, Córdoba.

### **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los aspectos sociodemográficos de los funcionarios.
- Analizar la cultura de seguridad del paciente en el área asistencial.
- Analizar la cultura de seguridad del paciente en el ámbito institucional.
- Analizar el resultado percibido de la seguridad del paciente y eventos reportados y comunicados.

## 2. MARCO REFERENCIAL

### 2.1 MARCO HISTÓRICO

El concepto de cultura de la seguridad nace en los años 80 después del desastre nuclear de Chernóbil, y fue precisamente la Organización Internacional de Energía Atómica la que acuñó la definición, posteriormente adoptada por el sector industrial, que para esa época hacía énfasis en los procesos organizacionales<sup>7</sup>.

La noción más difundida es posiblemente la de Tylor<sup>8</sup> quien define la cultura como “esa totalidad compleja que incluye conocimiento, creencias, arte, derecho, costumbres y cualesquiera otras actitudes o hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad”.

En el año 1910 el Dr. Ernest Codman, escribió: “Todo hospital debe seguir a todo paciente por periodos suficientes para establecer la efectividad del tratamiento, para luego preguntarse ‘si no lo fue, porque no’”<sup>9</sup>, con el propósito de prevenir fallas similares en el futuro; lo cual contribuyó a la transformación del concepto de calidad y a que pasara a ser un asunto de todos. La incidencia de muertes inesperadas de pacientes ocurridas en hospitales de los EUA a mediados de la década de los noventa, llevaron a que el gobierno ordenara la creación de un comité para investigar la calidad del cuidado médico<sup>10</sup>.

La seguridad de los pacientes se ha convertido en una de las prioridades de los sistemas sanitarios desde que en el año 2000 el Instituto de Medicina de Estados Unidos concluyó en su informe “Errar es humano” donde se estimó que:

---

<sup>7</sup> ORGANISMO INTERNACIONAL DE ENERGÍA ATÓMICA. Cultura de la Seguridad. Viena; 1991. Contract No. 75-INSAG-4.

<sup>8</sup> TYLOR EB. La ciencia de la cultura. In: Kahn JD, editor. El concepto de cultura textos fundamentales. Barcelona. En: *Anagrama*; 1975, p. 29-46.

<sup>9</sup> CODMAN, Ernest A. The result of a life in medicine. Philadelphia, W.B. Saunders ,2000.

<sup>10</sup> THE TASK FORCE: Quality interagency coordination (Quic) Task Force.US Government. 1999.

“...entre 44.000 a 98.000 personas mueren al año en los hospitales de ese país, como resultado de errores que se suceden en el proceso de atención. De estas muertes, 7000 suceden específicamente como resultado de los errores en el proceso de administración de medicamentos. Estas cifras situaron inmediatamente a la mortalidad por errores médicos en los estados unidos de América (EUA) como la octava causa, por encima de la mortalidad producida por accidentes de tránsito, cáncer de mama o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), en Canadá y Nueva Zelanda, cerca de 10% de los pacientes hospitalizados sufren consecuencias negativas debidas a errores médicos, minetas que, en Australia, esta cifra es de aproximadamente 16.6%”<sup>11</sup>.

Por el aumento de las cifras de muertes por errores en la prestación de servicios de salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la alianza mundial para la seguridad clínica del paciente, contando con el apoyo de la organización panamericana de la salud (OPS), el departamento de salud del Reino Unido, el Departamento de la salud y servicios sociales de Estados Unidos y otros organismos<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> VILLARREAL P, Jesús Z; GOMEZ A., S y BOSQUES, F. Errar es humano. En: *Revista Medicina Universitaria*, marzo, 2011. p.70.

<sup>12</sup> *Op cit.* ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.

## 2.2 MARCO LEGAL

En el cuadro 1 se relaciona toda la normatividad que existe en Colombia referente a la seguridad del paciente.

**Cuadro 1.** Marco Legal

Norma	Emite	Objeto
Constitución Política 1991	La Asamblea Nacional	Artículo 1. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana
Decreto 1876 de 1994	Ministerio de Salud	Por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado
Ley 715 de diciembre 21 de 2001	Congreso de la República de Colombia	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de los Servicios de Educación y Salud, entre otros.
Ley 1122 de enero 9 de 2007	Congreso de la República de Colombia	Tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.
Decreto 1011 del 3 de abril de 2006	El presidente de la República de Colombia	Establece el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud del sistema general de seguridad social en salud.
Resolución 2003 de 28 mayo 2014	Ministerio de Salud y Protección Social,	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud

<b>Norma</b>	<b>Emite</b>	<b>Objeto</b>
Resolución 1446 del 8 de mayo de 2006	Ministerio de la Protección Social	Por el cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud.
Resolución 3763 del 18 de octubre de 2007	Ministerio de Salud	Precisa criterios de infraestructura física que debe de tener el servicio de consulta externa cuando el servicio se preste en el centro de reconocimiento de conductores, Dotación y mantenimiento de los servicios de cuidados intensivos e intermedio de pediatría y adulto y ajusta criterios relacionados con la interdependencia de servicios.
Resolución 2003 de 28 mayo 2014	Ministerio de Salud y Protección Social	Artículo 2°. Estándares de Acreditación. Para efecto que el ente La política de seguridad del paciente, no fomenta la impunidad cuando la acción insegura se deba a negligencia o impericia o hay intención de hacer daño y respeta por lo tanto el marco legal del país
Circular 030 de 19 de mayo de 2006	Ministerio de Salud y Protección Social	Imparte instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud.
Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente 2008	Ministerio de Salud	La política de seguridad del paciente no fomenta la impunidad cuando la acción insegura se deba a negligencia o impericia o hay intención de hacer daño y respeta por lo tanto el marco legal del país. Pero de igual manera procura proteger al profesional que de manera ética y responsable analiza las fallas de la atención y los eventos adversos para desarrollar barreras de seguridad que protejan al paciente.
Resolución 256 de 2016	Ministerio de Salud y Protección Social	Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

**Fuente:** Adaptado del Diario Oficial de Colombia.

## 2.3 MARCO CONCEPTUAL

**Seguridad del paciente:** “Es la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos durante el proceso de atención en salud. Incluye todas las acciones, elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías soportadas con la evidencia científica, que realizan con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un EAs en la prestación de un servicio de salud y minimizar los posibles daños, haciendo que el ejercicio del cuidado cumpla con altos estándares de seguridad”<sup>13</sup>.

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia [Minsalud]<sup>14</sup>, atendiendo a los lineamientos definidos por la OMS en el marco de la Alianza Mundial, estableció que la seguridad del paciente puede ser entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que, basadas en evidencias científicamente probadas, buscan minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso [EA] durante el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. La atención segura contiene varios aspectos relevantes como el enfoque de atención centrado en el usuario que se traduce en un trato respetuoso, una atención oportuna y efectiva, dando respuesta a sus inquietudes, necesidades y expectativas frente al proceso de atención en salud. Las instituciones deben implementar un despliegue de acciones que promuevan un entorno de confidencialidad entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad.

**Cultura.** De acuerdo con Tylor<sup>15</sup>, cultura es esa totalidad compleja que incluye conocimiento, creencias, arte, derecho, costumbres y cualesquiera otras actitudes o hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad.

---

<sup>13</sup> CABAÑAS R. Evaluación de la atención de la salud. *En*: Revista Médica Hondureña. 1994 [consultado 16 de mayo de 2019]; vol. 62, p.25-29. < [www.bvs.hn/RMH75/pdf/1994/pdf/Vol62-1-1994-7.pdf](http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/1994/pdf/Vol62-1-1994-7.pdf)>

<sup>14</sup> *Op cit.* MINISTERIO DE SALUD.

<sup>15</sup> *Op. cit.* TYLOR.

Pizzi, Goldfarb & Nash <sup>16</sup> indican que, la cultura es una construcción compleja y abstracta que debe deducirse de los comportamientos, y el análisis a menudo se basa en la autodisciplina. Asimismo, estos autores suscitan cambios paulatinos en la creación de la cultura de seguridad dando como ejemplo “el uso de incentivos para premiar a la seguridad pública y la promoción de comportamientos que demuestran un compromiso con la seguridad son los enfoques aplicados en grandes y pequeños establecimientos sanitarios.

**Cultura de la seguridad del paciente:** De acuerdo a la Agency for Healthcare Research and Quality-AHQR<sup>17</sup>, se define como el resultado de los valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización hacia la salud, y el manejo de la seguridad, la cual se caracteriza por una comunicación fundada en la confianza mutua, producto de las percepciones compartidas acerca de la importancia de la seguridad, y por la confianza depositada en la eficacia de las medidas preventivas implementadas para evitar los eventos adversos.

**Evento adverso:** Todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención (mayoritariamente) hospitalaria que produce la muerte, una discapacidad, la prolongación o estancia, o el reingreso subsecuente<sup>18</sup>.

---

<sup>16</sup> PIZZI, Laura T; GOLDFARB, Neil I; NASH, David B. Promoting a Culture of Safety. EN: Thomas Jefferson University School of Medicine and Office of Health Policy & Clinical Outcomes. Disponible en la página web: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/archivo.asp?offset=255&Id1=54> & consultado el 23 de mayo de 2019

<sup>17</sup> SORRA, J. S.; NIEVA, V. F. Hospital survey on patient safety culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2004.

<sup>18</sup> FERNANDEZ, Sonia B. Los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente. En: *Boletín CONAMED*, noviembre-diciembre, 2015, no 3, p 3. Recuperado de: [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos\\_adversos.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf)



**Evento adverso prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado<sup>19</sup>.

**Evento adverso no prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial<sup>20</sup>.

**Efecto Adverso Grave:** Aquel que ocasiona muerte o incapacidad residual al alta hospitalaria o que requirió intervención quirúrgica<sup>21</sup>.

**Efecto Adverso Moderado:** Aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de 1 día de duración<sup>22</sup>.

**Efecto Adverso Leve:** Aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria<sup>23</sup>.

**Error médico:** Se considera como la asociación entre el error y la condición humana y data desde que Hipócrates dijo «primero no hacer daño»; desde entonces el daño a los pacientes no ha sido un tema ajeno a la literatura médica, Moser en 1956, llamó a algunos malos resultados reportados en los pacientes como «las enfermedades del progreso médico»<sup>24</sup>.

---

<sup>19</sup> REVISTA ACADÉMICA NACIONAL DE MEDICINA. Modelo conceptual y definiciones básicas de la política de seguridad del paciente. [en línea]. Bogotá, 2008, vol. 30, n.º.2 (81). Disponible en <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedicina/va-81/respuestadelministerio1/>. ISSN: 0120-5498.

<sup>20</sup> *Ibíd.*

<sup>21</sup> MICHEL P, *et al.* Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. En: *BMJ*. 2004; vol. 328, p.

<sup>22</sup> *Ibíd.* 26 p.

<sup>23</sup> *Ibíd.* 26 p.

<sup>24</sup> MORERA E. Sistema de seguridad social integral. [Internet] Ley 100 de 1993 [citado 06 Jun 2018]. Artículo 185 y el 225, Editorial Unión Limitada. P 84 a la 85 y 96 a la 99. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>.

**Incidente, Casi evento, “Near Miss” y “Close Call”:** Cualquier situación en la que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias; suceso que en otras circunstancias podría haber tenido graves consecuencias; suceso peligroso que no ha producido daños personales, pero sí materiales y que sirve de aviso de posibles accidentes o efecto adverso propiamente dicho<sup>25</sup>.

**Evento centinela:** Según la Joint Commission on Accreditation of Health Organization<sup>26</sup> es el hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro.

## 2.4 MARCO TEÓRICO

*Apud* Kable, Gibberd & Spigelman<sup>27</sup>, realizaron en 1998 en Nueva Zelanda un análisis retrospectivo de 6.579 registros médicos en 13 hospitales, donde encontró que la proporción de admisiones asociados con EA fue de 12.9%, el 15% de los pacientes sufrieron discapacidad permanente o muerte.

Peñas, Parra y Gómez<sup>28</sup>, caracterizaron el ambiente de seguridad del paciente en un servicio de Terapia Ocupacional y encontraron que las profesionales valoran bien el ambiente de seguridad del paciente en el servicio, pero debe trabajarse en pro de los aspectos claves como la falta de registro de eventos y establecer

---

<sup>25</sup> ARANAZ,J; ZURITA, R; DURIEUX, P. El desarrollo de la evaluación y de la calidad en el sistema sanitario francés. *En:* Calidad Asistencial, 2000; p.259-69. 15 p.

<sup>26</sup> JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH ORGANIZATION. “Events adverse 2006”

<sup>27</sup> KABLE AK, GIBBERD RW, SPIGELMAN AD. Adverse events in surgical patients in Australia. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care ISQua*. 2002 Aug; vol.14, no. 4, p. 269–76.

<sup>28</sup> PEÑA F, Olga; PARRA, Eliana y GOMEZ, Ana. Cultura de seguridad del paciente en la prestación de servicios profesionales de Terapia Ocupacional. *En: Revista Científica Salud Uninorte*, 2017.vol 33, no. 3.

medidas correctivas. Consideran importante capitalizar estas experiencias y procesos sobre gestión de la calidad y seguridad del paciente, articulando con las actividades de formación y docencia que también se llevan a cabo allí.

De acuerdo con la Declaración de Varsovia sobre la seguridad de los pacientes contiene lineamientos para invitar a que los países acepten el reto de abordar el problema de la seguridad de los pacientes a escala nacional a través del desarrollo de una cultura de la seguridad del paciente con un enfoque sistémico y sistemático, el establecimiento de sistemas de información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones, y la implicación de los pacientes y de los ciudadanos en el proceso<sup>29</sup>.

Sammer<sup>30</sup> indica que “existen siete subculturas de comportamiento profesional que aportan al entendimiento de la cultura de seguridad del paciente: liderazgo, trabajo en equipo, práctica basada en Evidencia (EBP), comunicación, actitud de aprendizaje, justicia y práctica centrada en el paciente”.

---

<sup>29</sup> GARCÍA B, Milagros. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Disponible en: [http://www.portalcecova.es/es/grupos/biologicos/pacientes/alianza\\_mundial\\_seguridad\\_paciente.pdf](http://www.portalcecova.es/es/grupos/biologicos/pacientes/alianza_mundial_seguridad_paciente.pdf). Consultado el 21 de mayo de 2019.

<sup>30</sup> SAMMER C, *et al.* What is patient safety culture? A review of the literature. *J. Nurs. Scholarsh.* 2010; vol. 42, no. 2. P.156-165.

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDIO**

Este estudio es descriptivo transversal con enfoque mixto.

#### **3.2 LOCALIZACIÓN DE ESTUDIO**

El estudio se desarrolló en una IPS de alta complejidad ubicada en la ciudad de Montería en el departamento de Córdoba. Montería limita al norte limita con el municipio de Cereté, Puerto Escondido y San Pelayo; al este con San Carlos y Planeta Rica; al sur con Tierralta y Valencia; al oeste con el departamento de Antioquia y los municipios de Canalete y San Carlos. Las coordenadas geográficas de Montería son: Latitud: 8.75, Longitud: -75.883 8° 45' 0" Norte, 75° 52' 59" Oeste.

#### **3.3 TIPO DE MUESTREO Y CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA**

La población objeto de estudio fue el personal del área asistencial y los funcionarios que la apoyan del área operativa y administrativa de la IPS que poseen contrato vigente, donde la gran mayoría pertenece al área asistencial. El tipo de muestreo fue probabilístico, se tuvo en cuenta todo el personal de ésta área (274), de los cuales respondieron la encuesta 229, teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Estar en ejercicio de la profesión en la IPS;
- Tener un vínculo laboral vigente con la IPS;
- Tener mínimo seis meses de antigüedad laborando en la IPS;
- Aceptar participar en la investigación de forma voluntaria.

Como criterio de exclusión se tuvo en cuenta que el funcionario no se encontrase laborando en la empresa, debido a incapacidad médica y a los demás aspectos contrarios dichos en los criterios de inclusión.

### **3.4 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS**

Se utilizó el método inductivo y como técnica para la recolección de los datos fue la encuesta Hospitalaria de Cultura de Seguridad del Paciente “Hospital Survey on Patient Safety Culture” versión española diseñada por la Agencia para la Investigación y Calidad en la Atención de la Salud (Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ)<sup>31</sup>, adaptada por el Centro de Gestión Hospitalaria.

La encuesta “Hospital Survey on Patient Safety Culture” de AHRQ<sup>32</sup> está diseñada para ayudar a las instituciones prestadoras de servicios de salud a evaluar su cultura de seguridad al paciente. La evaluación de la percepción de la cultura en este estudio se realizará mediante la medición de cuatro dimensiones según Del Corona<sup>33</sup>: sociodemográfica, cultura de seguridad en el área atención al usuario, cultura de seguridad en la institución, e impacto de la cultura de seguridad del paciente, como se presenta en el cuadro 2. Estas fueron agrupadas a 17 variables que contienen 52 enunciados en la encuesta, donde en su mayoría corresponde a una escala Likert de 5 puntos, así:

1: nunca/rara vez;

2: muy en desacuerdo/o en desacuerdo;

3: ni en acuerdo/ni en desacuerdo/o algunas veces;

4: la mayoría de veces /siempre;

5: de acuerdo/muy de acuerdo.

---

<sup>31</sup> *Op. Cit.* SORRA.

<sup>32</sup> *Ibíd.*

<sup>33</sup> DEL CORONA, Armindia Rezende De Pádua. Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospital público de ensino de Mato Grosso do Sul. Teses Doutorado em Ciências, Universidade de São Paulo, 2017, 226 p.

**Cuadro 2.** Dimensiones de variables de encuesta de percepción de la seguridad del paciente “AHRQ”.

DIMENSIONES	VARIABLES
<b>SOCIODEMOGRÁFICA</b>	Tiempo de trabajo en la institución: tiempo en meses o años que el profesional lleva trabajando en la institución.
	Tiempo de trabajo en la unidad: tiempo en meses o años que el profesional lleva trabajando en la unidad.
	Horas de trabajo/semana: Número de horas de trabajo semanales ejerciendo la profesión.
	Función en el hospital: Categoría del profesional de salud en la institución (Enfermero, farmacéutico, médico, nutricionista, etc.).
	Grado de instrucción universitaria o técnica.
<b>CULTURA DE SEGURIDAD EN EL ÁREA DE ATENCIÓN AL USUARIO</b>	Trabajo en equipo dentro de la unidad: Los profesionales se apoyan unos a otros, se tratan unos a otros con respeto y trabajan en equipo.
	Expectativas y acciones de promoción de la seguridad del paciente del supervisor/gerente: las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente se consideran por los supervisores/ gerente.
	Aprendizaje organizacional, mejora continua: hay una cultura de aprendizaje en que los errores conducen a cambios positivos y los cambios se evalúan para la eficacia
	Comentarios y comunicación acerca de errores: los empleados son informados sobre los errores que ocurren, sobre los cambios implementados y la discusión de formas para evitar errores.
	Personal: hay personal suficiente para manejar la carga de trabajo y las horas de trabajo son adecuadas para proporcionar la mejor atención a los pacientes.
	Respuestas no punitivas a los errores: El profesional siente que sus errores y los informes de los eventos no se utilizan contra él, y que los errores no se mantienen en su archivo personal.
<b>CULTURA DE SEGURIDAD EN LA INSTITUCIÓN</b>	Apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente: El hospital ofrece un clima de trabajo que promueve la seguridad del paciente y muestra que ésta es una prioridad.
	Transferencias internas y pasajes de turno: Se comparte información

DIMENSIONES	VARIABLES
	importante sobre atención al paciente cuando se transfiere entre unidades hospitalarias.
<b>RESULTADO PERCIBIDO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Percepción general de seguridad del paciente: Los procedimientos y los sistemas son adecuados para evitar errores.
	Frecuencia de eventos reportados: Se informa de errores detectados y corregidos antes de alcanzar al paciente, errores sin potencial de perjudicar al paciente y errores activos.
	Numero de eventos comunicados: Número de eventos que el profesional informo al público, gerente o supervisor.
	Grado de seguridad del paciente: Percepción del profesional sobre el grado de seguridad del paciente en la unidad.

**Fuente:** Adaptado de Del Corona<sup>34</sup>

De acuerdo con la “AHRQ” año 2004<sup>35</sup> se hizo una clasificación de las dimensiones, la primera tiene en cuenta un ítem o una dimensión como fortaleza, donde se emplearon los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 75\%$  de respuestas positivas (la mayoría de veces /siempre o de acuerdo / muy de acuerdo) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$  de respuestas negativas (en nunca/rara vez, muy en desacuerdo/ o en desacuerdo o ni en acuerdo ni en desacuerdo/ algunas veces) a preguntas formuladas en negativo.

La segunda dimensión tiene en cuenta que para cada ítem o una dimensión se califica como oportunidades de mejora:

<sup>34</sup> *Ibid.*

<sup>35</sup> AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. (Septiembre de 2004). Hospital Survey on Patient Safety Culture. Estados Unidos.

- $\geq 50\%$  de respuestas negativas (en nunca/rara vez, muy en desacuerdo/ o en desacuerdo o ni en acuerdo ni en desacuerdo/ algunas veces) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 50\%$  de respuestas positivas (la mayoría de veces /siempre o de acuerdo / muy de acuerdo) a preguntas formuladas en negativo.

El análisis de las respuestas corresponde para cada ítem y cada dimensión en su conjunto, de modo que se indagó la percepción sobre cada uno de estos en los funcionarios que respondieron. A partir de los resultados, se obtuvo información acerca del clima de seguridad del paciente y posteriormente se identificó las fortalezas y debilidades, de acuerdo con la metodología propuesta por el Gobierno de España en su Plan de calidad para el sistema Nacional de Salud<sup>36</sup>.

### **3.5 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Inicialmente se realizó una visita a la IPS para solicitar el permiso ante las directivas y poder desarrollar el trabajo de investigación; se les explicó el propósito del estudio y la importancia de contar con los resultados de ésta para que puedan formular acciones que les permita el mejoramiento de la cultura de seguridad del paciente.

Una vez se obtuvo el permiso respectivo, el área funcional responsable del Programa de Seguridad del Paciente de la IPS se encargó de recoger la información en las demás áreas de la institución, previa explicación del contenido de la encuesta y el procedimiento para su diligenciamiento. Se dejó claro que el interés del estudio era de tipo académico y la participación del funcionario era

---

<sup>36</sup> ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Plan de calidad para el sistema Nacional de salud. Madrid, 2009, 131 p. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis\\_cultura\\_SP\\_ambito\\_hospitalario.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf).



voluntaria; además de indicarles que los datos de los participantes se mantendrán en confidencialidad y las respuestas no implicarán ninguna clase de acción punitiva ni compensación para ellos. El diligenciamiento de la encuesta por parte de los funcionarios fue realizado de manera flexible en lugar y tiempo, cumpliendo la entrega en el día propuesto.

### **3.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Se tuvo en cuenta que para facilitar la visualización de los resultados las dos categorías de respuesta más bajas se combinaron: (nunca/rara vez, muy en desacuerdo/o en desacuerdo), y son consideradas respuestas negativas. Las dos opciones de respuesta más altas también se agruparán: (La mayoría de veces /siempre o de acuerdo / muy de acuerdo), y se consideran respuestas positivas. Los puntos medios de las escalas se reportan como una categoría separada ni de acuerdo ni en desacuerdo/algunas veces, y son consideradas como respuestas neutrales.

Seguidamente, teniendo en cuenta ítem por ítem se estableció el número total de respuestas válidas para cada uno y se tabuló las respuestas positivas, las negativas y las neutras para ese ítem. Para la interpretación solamente se tabuló las respuestas positivas. Los ítems redactados en negativo con respuestas negativas fueron tabulados como respuestas positivas, así mismo, los ítems que estén redactados en positivo que tengan respuesta positiva serán tabulados como positivos.

Después de haber realizado esta codificación, se utilizó estadística descriptiva para calcular las frecuencias relativas por cada categoría, ítems y el indicador compuesto de cada dimensión. Una vez se obtuvo la información debidamente organizada, se tabuló en el software Excel y se analizó mediante estadística descriptiva con frecuencias relativas.

## ASPECTOS ÉTICOS Y LEGISLATIVOS

De acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 008430 de 1993<sup>37</sup> en el artículo 4 numeral e) la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyen: al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.

El trabajo se cataloga como una investigación sin riesgos biológicos, fisiológicos, psicológicos, y sociales para los participantes, según el numeral a) del artículo 11 de la resolución mencionada, una “Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”

La información obtenida durante el desarrollo de esta investigación se manejó estrictamente de manera confidencial y no fue usada para ningún otro propósito diferente al estudio donde se respetó la identificación de los encuestados y sus respuestas. La firma del consentimiento informado y la encuesta fue realizada por el área funcional responsable del Programa de Seguridad del Paciente de la IPS.

---

<sup>37</sup> COLOMBIA, MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, resolución 008430 (octubre 4, 1993). Por la cual se establecen las normas científicas técnicas y administrativas para la investigación en salud. Citado: el 23 de julio de 2019. Disponible <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf>

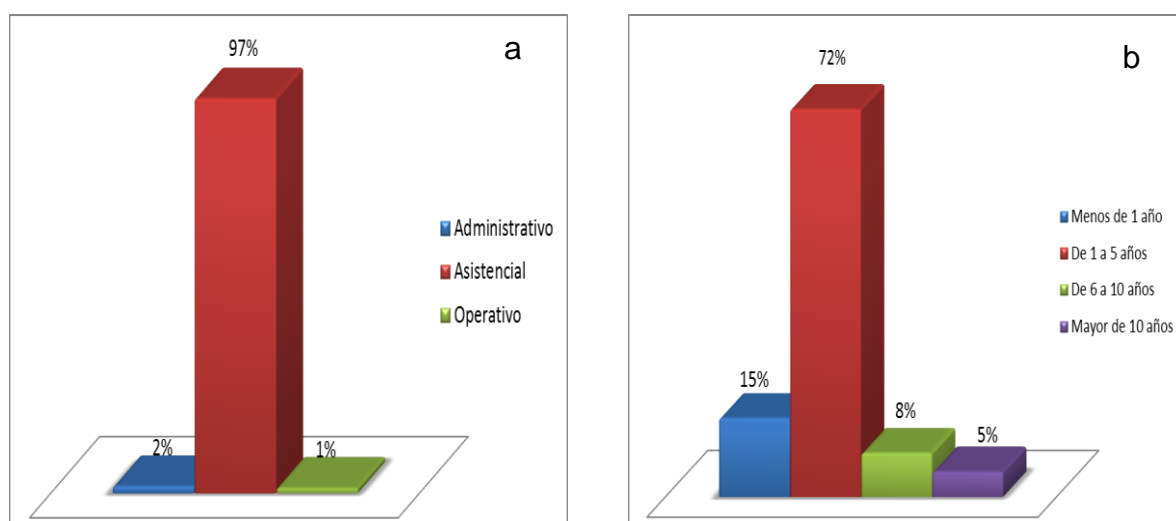
## 5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 5.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS FUNCIONARIOS

El número total de funcionarios vinculados a la IPS al momento de realizar la encuesta fue 273, de los cuales 15 por incapacidad médica y teniendo en cuenta los criterios de exclusión definidos para este estudio no realizaron la encuesta, lo que dejó como tasa de respuestas máximas para cada variable el total de 258, de estas fueron respondidas 228.

En esta dimensión compuesta por nueve variables, se realizó la caracterización del talento humano participante en la medición de la cultura de seguridad del paciente de la IPS. De acuerdo con la labor desempeñada por los funcionarios en la IPS de estudio, se puede apreciar en la figura 1 el área en el cual realiza sus principales funciones y el tiempo que llevan en ésta.

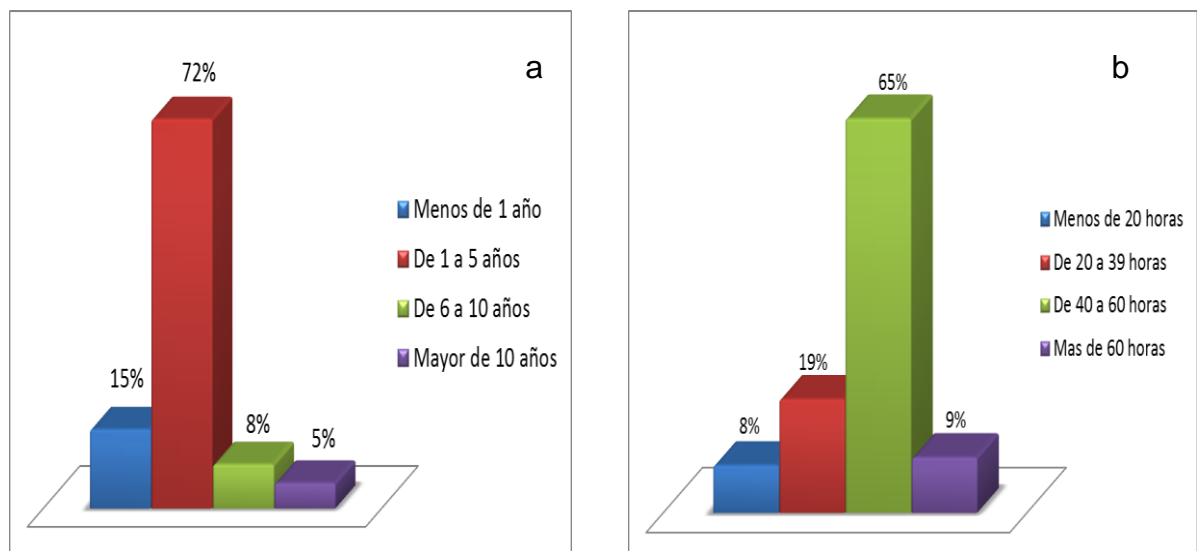
**Figura 1.** Principal área de trabajo de los funcionarios (a) y tiempo de labor en ésta (b)



Las áreas de la IPS estudiadas fueron administrativa, asistencial y operativa, donde la mayor parte (97%) se concentra en el área asistencial como se aprecia en la figura 1a; los funcionarios de las otras áreas se tuvieron en cuenta en el presente estudio porque tienen mayor relacionamiento con el área asistencial. En lo referente al tiempo de labor que tienen en el área de trabajo los funcionarios encuestados, se destaca que un 72% tienen de uno a cinco años (figura 1b). Según el estudio realizado por Córdoba<sup>38</sup>, fue considerado por todo el personal que la rotación del talento humano es un factor para la presencia de eventos adversos.

En lo referente al período que llevan trabajando en la institución los encuestados y las horas laboradas a la semana, se pueden apreciar en la figura 2.

**Figura 2.** Tiempo de trabajo (a) y número de horas laboradas a la semana (b) en la institución.



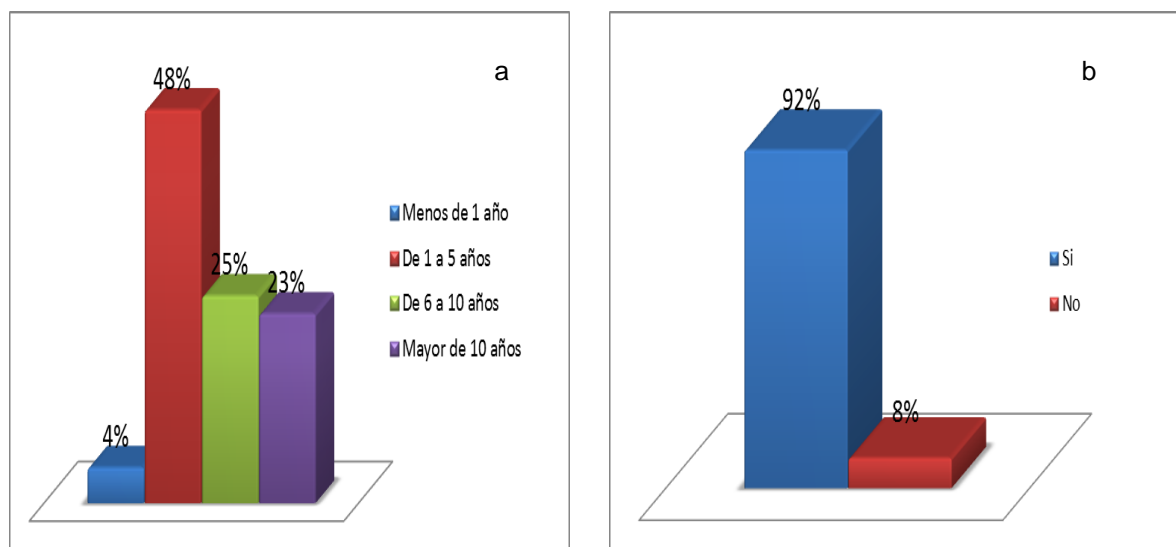
Gran parte (72%) de los funcionarios lleva trabajando en la institución de 1 a 5 años (figura 2a) y laboran a la semana el 65% de 40 a 60 horas (figura 2b), cifra

<sup>38</sup> *Op cit.* CORDOBA 131-132-133 p.

un poco parecida a la expuesta por Fajardo *et al*<sup>39</sup>, quienes indicaron que de 174 encuestados en su estudio, 49,4% trabaja de 40 a 59 horas por semana.

En lo referente al ejercicio específico de su profesión, en la figura 3 se puede apreciar el tiempo que llevan y si en el cargo desempeñado en la institución tienen algún contacto con pacientes.

**Figura 3.** Tiempo trabajando en la profesión actual (a) e Interacción directa o contacto con pacientes en el cargo desempeñado en la institución (b)



Con respecto al tiempo que llevan trabajando en la institución, el 48% de los funcionarios labora en ésta de 1 a 5 años mientras que solo el 4% apenas va a cumplir un año de labor, cifra no muy significativa para realizar su adiestramiento en el cargo que desempeña (figura 3a). Cifra que se parece a la del estudio de Fajardo *et al*<sup>40</sup> donde el 37,9% de los encuestados trabaja de uno a cinco años. Vale indicar lo dicho por Almeda<sup>41</sup>, que la productividad de la compañía puede verse afectada por la rotación laboral de diferentes formas. Pues cuando una

<sup>39</sup> FAJARDO DOLCI, et al. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. En: *Cirugía y Cirujanos*, México, D.F, noviembre-diciembre, 2010, vol 78, nro 6, 78(6), p 527-532.

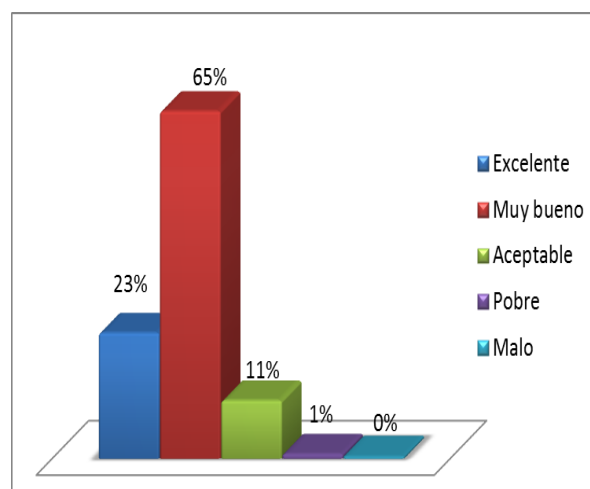
<sup>40</sup> *ibid*

<sup>41</sup> ALMEDA, K. La rotación de personal: todo lo que debes saber sobre ella. En: Talentclue. Julio, 2017. Disponible en: <http://blog.talentclue.com/rotacion-de-personal>

persona deja la compañía genera el inicio de abrir un proceso de selección el cual puede tardar días, semanas o hasta meses, además la persona que ocupe el puesto tendrá que coger práctica y aprender la dinámica, lo que restara productiva los primeros días de incorporación a la institución. Por otra parte, en la figura 3b, se puede apreciar que la mayoría de los funcionarios encuestados (92%) tienen contacto con los pacientes, cifra que se aproxima a los funcionarios que pertenecen al área asistencial (figura 1a). Lo cual también es similar al estudio realizado por Roqueta<sup>42</sup>, quien reporto que el 98% de los encuestados tenían contacto directo con el paciente y el 96% eran funcionarios del área asistencial.

Conforme a la percepción de los funcionarios sobre el grado de seguridad del paciente en la Institución, se observa en la figura 4 el nivel asignado.

**Figura 4.** Percepción de los funcionarios sobre el grado de seguridad del paciente en la Institución.



Se puede apreciar en la figura 4 que el 88% de los funcionarios asignaron de manera muy buena y excelente el nivel general de la seguridad del paciente, lo cual genera un clima de confianza del hacer de ellos en la institución. En lo

<sup>42</sup> ROUQUETA E., Fermí ; TOMÁS V., Santiago.; CHANOBAS B., Manel R. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias*, Barcelona, 2011, vol. 23, p. 356-364.

concerniente a los aspectos sociodemográficos, Mingote, Moreno y Gálvez<sup>43</sup>, explicaron que variables como la edad, sexo, estado civil, años de experiencia en la profesión, situación laboral, entre otros, pueden influir positiva o negativamente en el desempeño del personal. El agotamiento emocional en función del número de hijos, la inestabilidad laboral y el número de horas laboradas, puede afectar la situación laboral en la que se encuentra el individuo, y parecen ser elementos relevantes a lo largo de todo el proceso de desgaste en los trabajadores.

## **5.2 CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA ASISTENCIAL**

La presente dimensión tiene como objetivo conocer la percepción de los funcionarios de la IPS respecto la importancia que le dan los jefes a las sugerencias expuestas por el personal a su cargo, la libertad que sienten para dirigirse a los jefes cuando ven algo que podría afectar la seguridad de los pacientes, respuesta punitiva por reporte, suficiencia de personal y la efectividad de los procedimientos ejecutado. Está compuesta por 16 preguntas formuladas en positivo y 12 formuladas en negativo para calcular la mayor y menor valoración positiva (fortaleza y oportunidad de mejora) para esto se combinaron las respuestas.

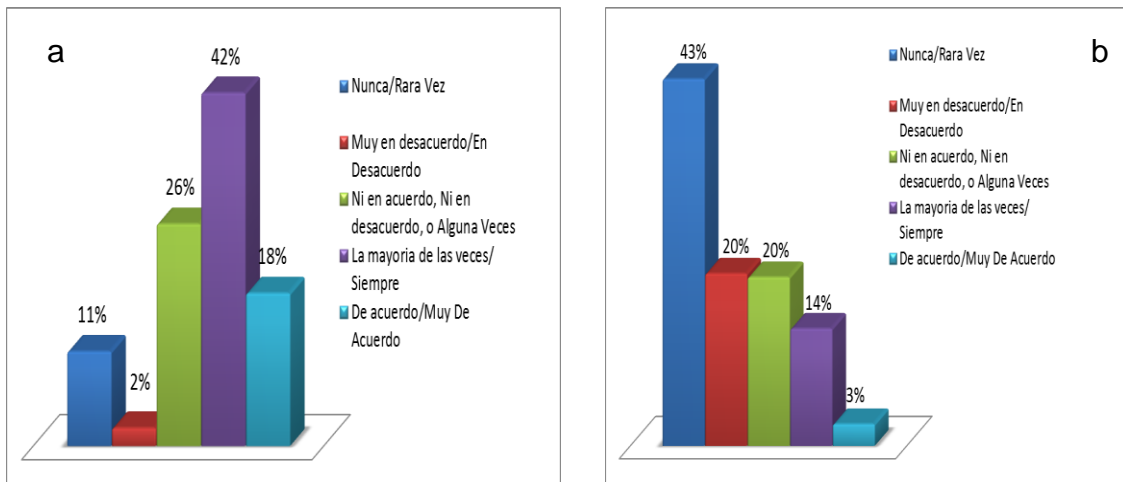
Respecto a los comentarios que hace el jefe de manera favorable sobre un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes y, por el contrario, el jefe hace que la presión aumente, indicándole que se trabaje más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes, en la figura 5 se puede apreciar la respuesta dada por los encuestados que más de la mitad de los funcionarios (60%) manifestó recibir por parte de su jefe comentarios

---

<sup>43</sup> MINGOTE A., Jose C; MORENO J., Bernardo y GALVEZ H., Mónica. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. En: Medicina clínica, 2004, vol. 123, no 7, p. 265-270

favorables cuando se realizan procedimientos establecidos para la seguridad del paciente (figura 5a).

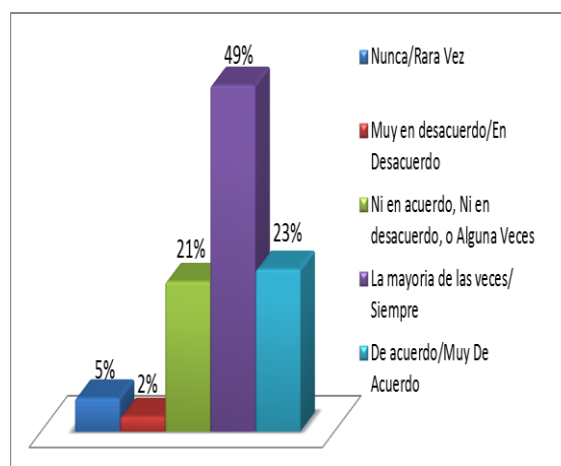
**Figura 5.** El jefe hace comentarios favorables por realizar actividades según los procedimientos establecidos para la SP (a) y ejerce presión para que se trabaje más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes (b).



Por otra parte, en la figura 5b se observa que el 63% del personal mencionó que cuando se incrementa la presión, no se les exige que salten pasos importantes en el proceso de atención, lo cual es favorable para el proceso de la seguridad del paciente. En lo referente a la aceptación por parte del jefe de las sugerencias ofrecidas por el personal a su cargo para mejorar la seguridad del paciente, se puede apreciar en la figura 6.



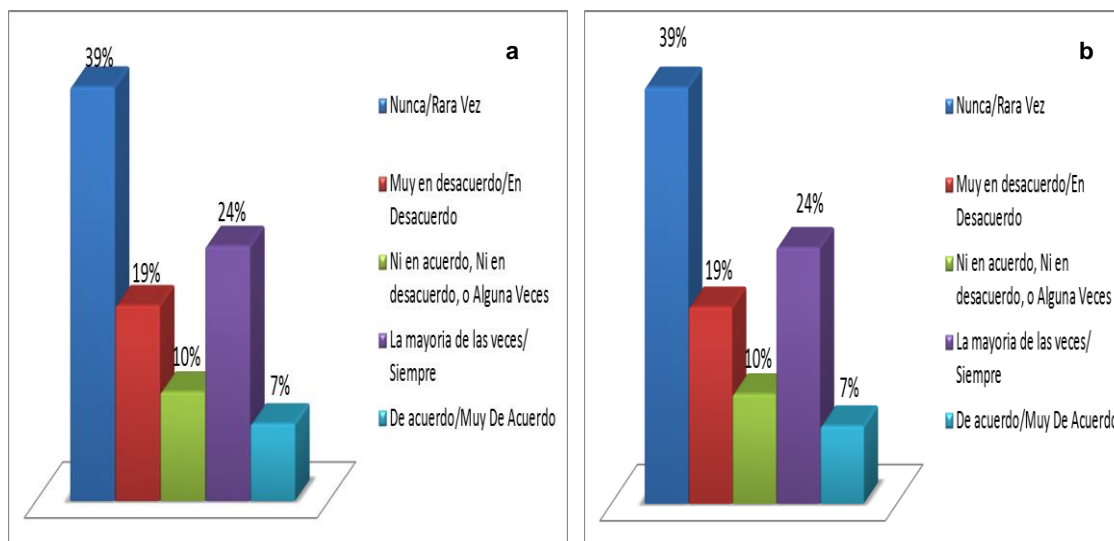
**Figura 6.** Aceptación de sugerencias por parte del jefe del personal a su cargo



En la figura 6, se destaca que el 72% de los funcionarios revelan que sus jefes aceptan recomendaciones realizadas para el mejoramiento de la seguridad del paciente; lo contrario a lo encontrado en Burbano<sup>44</sup> donde el jefe no toma en cuenta sus sugerencias (64,9%). Con respecto a si el jefe toma en cuenta la repetición de los problemas en la seguridad de los pacientes presentados y las gestiones de mejora que se toman en la institución, en la figura 7 se aprecia las respuestas dadas por los funcionarios encuestados.

<sup>44</sup> BURBANO S, et al. Medición de la percepción de cultura de Seguridad del Paciente en una IPS de primer nivel en Bogotá, Colombia. Bogotá. Trabajo de grado para obtener el título de especialista en gerencia de la calidad en servicios de salud. Pontificia Universidad Javeriana, 2018, 33 p.

**Figura 7.** El jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que son repetitivos (a) y la Institución realiza de manera constante acciones de mejoramiento en la seguridad del paciente (b).



Se puede observar en la figura 7a que más de la mitad (58%) del personal expresa que el jefe tiene en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez; según el estudio de Gómez *et al*<sup>45</sup> con base en esto, son tomadas medidas correctivas. A pesar de ello, como se aprecia en la figura 7a es preocupante que 31% manifestara que no es tenido en cuenta. De acuerdo con estos resultados, esta variable se considera como oportunidad de mejora. Por otro lado, se demuestra con un 93% de los encuestados que en la institución si se están haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente (figura 7b); cifra similar al del estudio realizado por López<sup>46</sup> donde el 91% del personal afirmó que en la institución realizaban acciones para mejorar la seguridad del paciente.

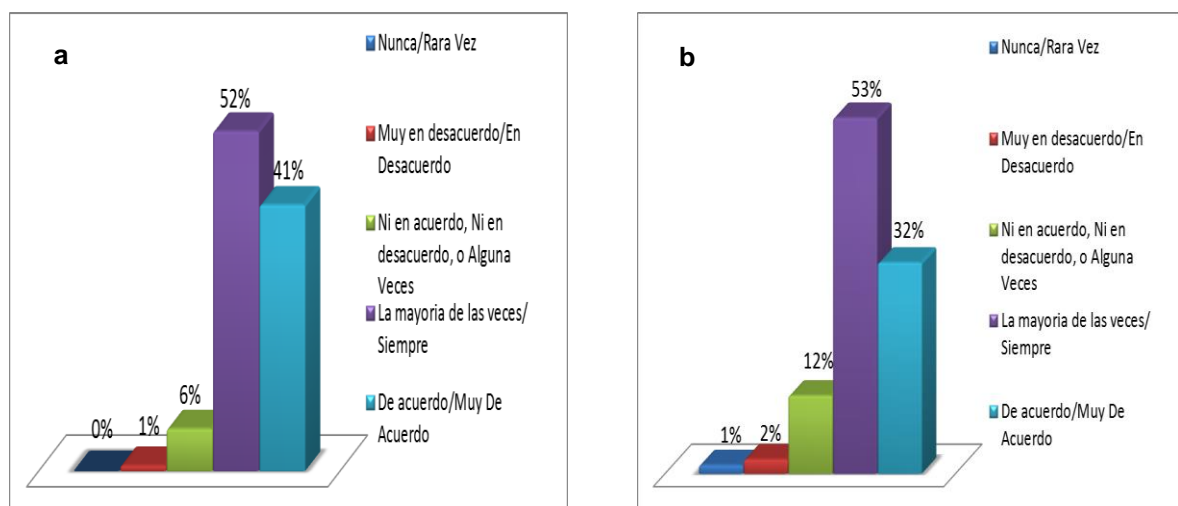
<sup>45</sup> *Op. cit.* GOMEZ.

<sup>46</sup> LÓPEZ Q., Laura; TOBÓN C., Angélica y VELÁSQUEZ D., Valentina. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en clínica Versalles S.A. Universidad Católica de Manizales. 1-51 p, 23 p.

Otero<sup>47</sup> menciona que el desarrollo de actividades dirigidas a mejorar la SP en una institución de salud es un importante factor que influencia la calidad del cuidado de la salud y desarrollar esta por medio de diferentes actividades y procesos propician un enfoque de confiabilidad y seguridad.

Según los cambios realizados al analizar los errores y la evaluación de efectividad aplicada a estos, se puede valorar en la figura 8 si el análisis de los errores genera cambios positivos y si se evalúa el resultado de estos después de aplicarlos.

**Figura 8.** Cambios positivos según análisis de errores (a) y evaluación de efectividad de los cambios realizados (b).



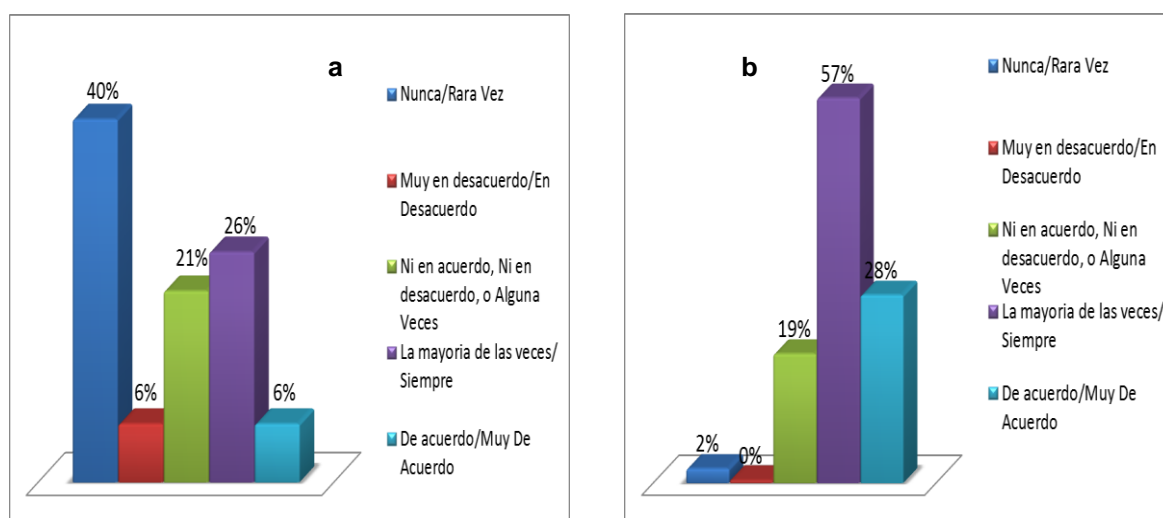
La mayoría de los funcionarios (93%) indican que el análisis de los errores si incita la realización de cambios positivos a la atención al paciente (figura 8a) y con base en estos, sostiene el 85% que evalúan su efectividad (figura 8b).

<sup>47</sup> OTERO, et al. Medication errors in pediatric inpatients: prevalence and results of a prevention program. *Pediatrics*, 2008, vol. 122, nro 3, p. e737-e743.

López, Puentes y Ramírez<sup>48</sup> encontraron que el 79,2% del análisis de los errores que se cometen en las instituciones ha llevado a cambios positivos; sin embargo en reporte realizado por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España solo un 37% manifestaron la evaluación de la efectividad de los cambios realizados. Conforme a estas apreciaciones se puede indicar que estas variables se clasifican como fortaleza para esta institución.

En la figura 9 se muestra la ayuda que se brindan las diferentes áreas y el trabajo en equipo realizado cuando hay gran cantidad de trabajo.

**Figura 9.** Apoyo de las diferentes áreas cuando alguna está ocupada (a) y trabajo en equipo cuando hay gran cantidad de trabajo (b)



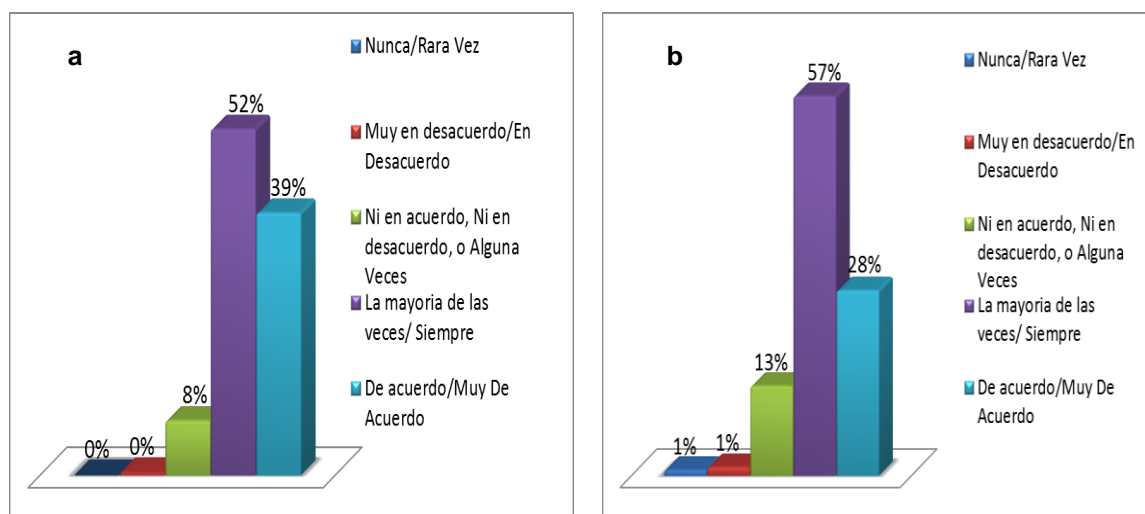
Como puede apreciar en la figura 9a, es muy poca (32%) la colaboración entre las áreas cuando alguna de éstas necesita su colaboración por estar ocupada; sin embargo, indica el 85% que en su área se trabaja en equipo cuando es necesario terminar una gran cantidad de trabajo (figura 9b). Los resultados anteriores son

<sup>48</sup> LOPEZ P., Vicente; PUENTES V., Milton; RAMIREZ, Ana. Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta. Trabajo de grado para obtener el título de Maestría en Administración en Salud. Universidad del Rosario, Bogotá D.C, 2016.

similares a lo obtenido por Saturno *et al.*<sup>49</sup>, en donde el trabajo en equipo en unidad fue de las dimensiones mejores evaluadas con un 73,8%; también se encontró que el personal se apoya mutuamente con un 78,2% de respuestas positivas.

Acorde a la importancia de trabajar en un ambiente donde prime el respeto entre compañeros y el apoyo mutuo, se puede apreciar en la figura 10 lo manifestado por los funcionarios.

**Figura 10.** El personal en el área se trata con respeto (a) y se apoya mutuamente (b).



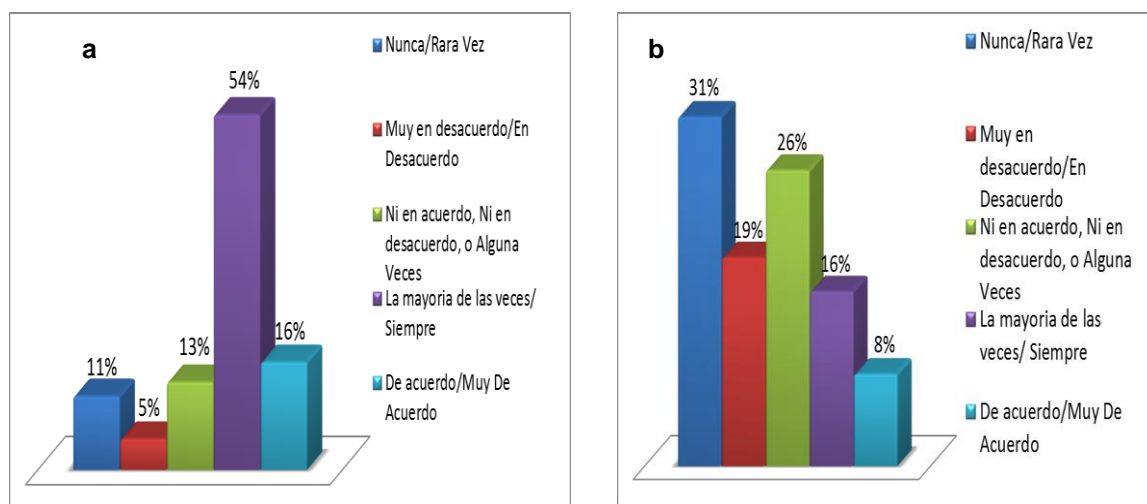
Como se puede apreciar en la figura 9a, en el área donde labora el personal encuestado, existe respeto (91%) en el trato con sus compañeros y apoyo mutuo (85%). López<sup>50</sup> indicó que el trabajo en equipo es una característica positiva, ya que fortalece los vínculos laborales, favorece el clima laboral y de la misma forma el bienestar del paciente, por consiguiente, la calidad en la atención del paciente está centralizada en la seguridad de este.

<sup>49</sup> SATURNO et al. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *En: Medicina Clínica*, 2008, vol. 131, p. 18-25.

<sup>50</sup> *Op. cit.* LOPEZ.

Conforme a la libertad brindada para expresarse si ve algo que pueda afectar negativamente el cuidado del paciente y de sentirse libre de preguntar cuando algo no le parece estar correcto, se puede apreciar en la figura 11 la respuesta dada por los funcionarios.

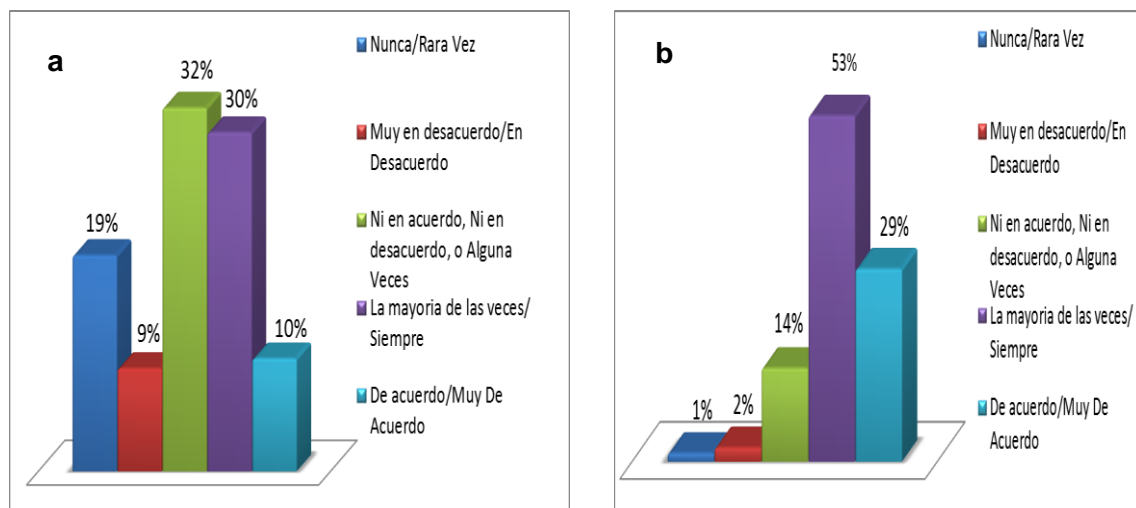
**Figura 11.** El personal siente que puede hablar libremente si ve algo que puede afectar negativamente el cuidado del paciente (a) y siente temor de preguntar cuando algo no parece estar correcto (b)



Más de la mitad (70%) del personal, indicó sentirse en libertad de hablar cuando ve algo que puede afectar negativamente el cuidado del paciente; sin embargo, la mitad (50%) de los funcionarios sienten miedo a preguntar cuando algo no parece estar correcto, lo que contradice un poco la anterior respuesta de que pueden expresarse libremente.

De acuerdo con la libertad que tienen los funcionarios para cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad sobre la seguridad de los pacientes y si en su área de trabajo se discuten formas de prevenir las fallas en salud para que no se vuelvan a cometer, se puede apreciar en la figura 12 las respuestas dadas por los encuestados.

**Figura 12.** El personal se siente libre para cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad (a) y es posible discutir en el área formas de prevenir fallas en la atención en salud (b)



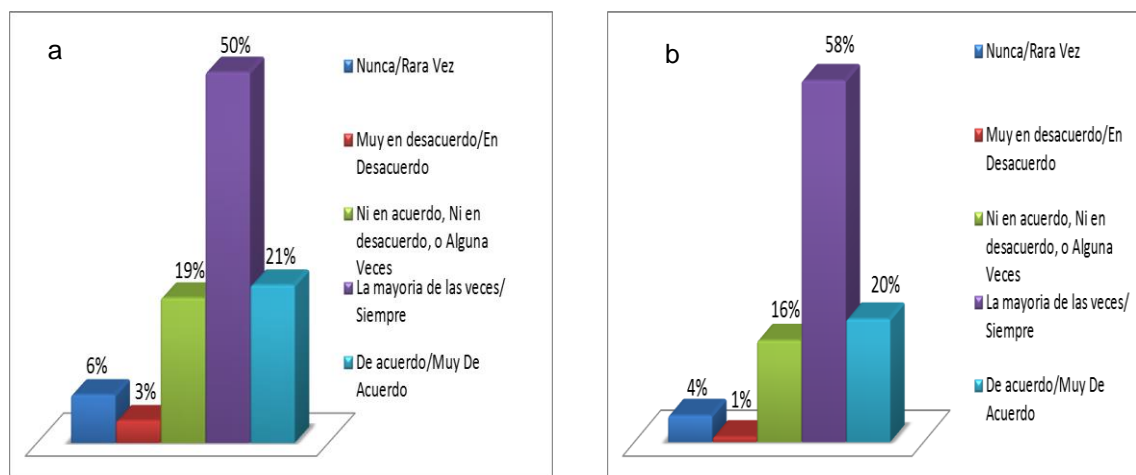
Se observa en la figura 11a que a pesar de que el 40% de los encuestados manifestó sentirse libertad para cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad, siendo una cifra que no supera la mitad de los funcionarios por lo que se requiere que la institución fomentar la participación proactiva y respetuosa con sus superiores que permitan contribuir a mejorar las acciones implementadas. Vale indicar que actuar asertivamente, brinda la posibilidad según Montané<sup>51</sup> de buscar soluciones y atreverse a comunicarlas a la dirección en situaciones en que ésta no los considera capacitados para aportar una alternativa diferente o atípica. Por otro lado, en la institución según el 82% de los funcionarios encuestados se tiene en cuenta realizar discusión sobre formas de prevenir las fallas de salud en ésta.

En lo referente al área funcional responsable de la seguridad del paciente de la Institución, si da informa sobre los cambios basados en los eventos reportados y

<sup>51</sup> MONTANE, N. La asertividad en el trabajo: una competencia esencial para un desempeño laboral exitoso. En: Revista del banco central de cuba, La Habana, 2008, vol. 4: 27 p.

las fallas de la atención en salud presentada, se puede apreciar en la figura 13 lo que respondieron los funcionarios.

**Figura 13.** Información brindada por el referente de seguridad del paciente sobre cambios basados en los reportes de eventos (a) y de las fallas de la atención en salud (b)



Como puede observarse en la figura 12a, el 71% de los funcionarios manifestar que si les informan sobre los cambios realizados basados en el reporte de eventos y 78% indicó que también les informan sobre las fallas en la salud cometidas en esa área (figura 12b), según Ramírez<sup>52</sup> la clasifica como una fortaleza en su estudio. López<sup>53</sup> sostiene que teniendo en cuenta la gerencia como eje central y punta piramidal de la estructura organizacional al mando de la organización, debe velar porque se cumplan con todos los estándares de seguridad del paciente, por lo que la información que se dé al personal debe ser clara y precisa sobre los cambios que se hagan en ésta sin afectar la seguridad del paciente y mantener al tanto a los líderes encargados para que ellos puedan difundir la información.

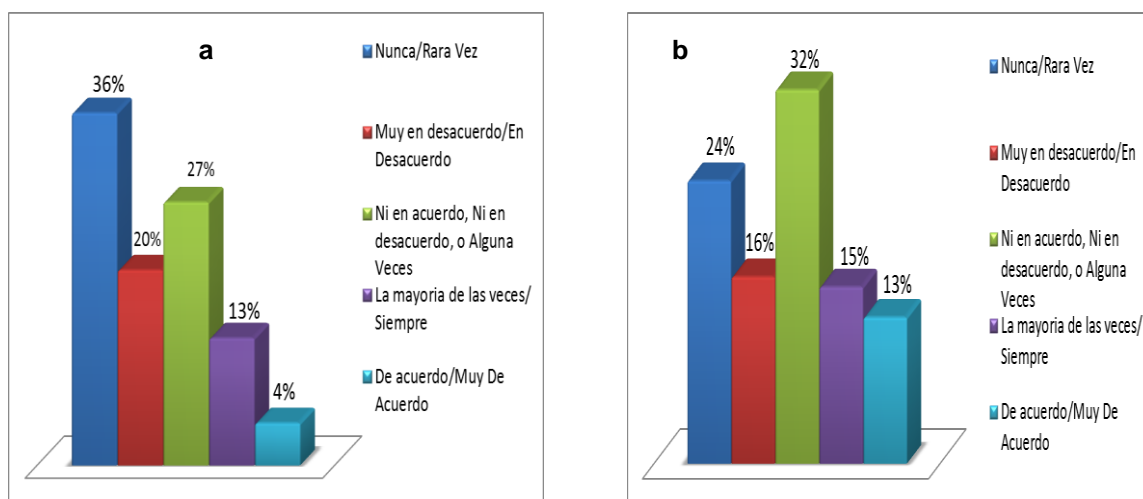
<sup>52</sup> RAMIREZ M., M.E. y GONZALEZ P., AVILES, A. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. *En: Enfermería universitaria* [en línea]. 2017, vol.14, nro.2, p.111-117. ISSN 2395-8421. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.006>.

<sup>53</sup> *Op cit*, LOPEZ, 26 p.



De acuerdo con el temor que puede sentir el personal por los errores cometidos que sean usados en su contra y la denuncia sea al personal y no al problema, se puede apreciar las respuestas dadas por los funcionarios en la figura 14.

**Figura 14.** Percepción del personal de los errores cometidos que sean usados en su contra (a) y del informe de un evento adverso siente que se denuncia a la persona y no al problema (b)



En la figura 14a se observa que más de la mitad (56%) de los encuestados indican que no sienten que al informar un error este sea usado en su contra, dado que no es muy significativa esta cifra, se clasificaría como una oportunidad de mejora. Aunque la respuesta es, al contrario, el resultado anterior se puede relacionar con lo encontrado por el Ministerio de Sanidad y Política Social<sup>54</sup> donde un 65% de los encuestados sienten que el reporte de error este generara acciones punitivas. Vale indicar que Muralidhar<sup>55</sup> encontró que la gran mayoría consideró que el reporte de los informes de errores les ayudará a reducir su incidencia. No

<sup>54</sup> *Op. cit*, MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL.

<sup>55</sup> MURALIDHAR, Sumathi; TANEJA, Akhil; RAMESH, V. Cultura de seguridad del paciente: percepción de los trabajadores de la salud en un hospital de atención terciaria. *En*: Revista Internacional de Riesgos y Seguridad en Medicina, 2012, vol. 24, no 4, p. 191-199.

obstante, el Ministerio de la Protección Social de Colombia<sup>56</sup> sostuvo que en un ambiente en el que quien reporta un error es sometido al escarnio público o es sancionado, propicia el ocultamiento. Por el contrario, si se sanciona a quien no reporte los eventos adversos y se recompensa a quien los reporte, se incentiva el sistema de reporte de eventos adversos.

Al informarse un evento adverso, 40% de los funcionarios manifestó que tienen claro que no se denuncia a la persona si no al problema y un 28% indica que está siendo denunciada la persona más no el problema (figura 14 b); cifra similar a la reportada por el Instituto Nacional de Cancerología<sup>57</sup> con un 27,8%. Sin embargo, de acuerdo con estas respuestas se evidencia el temor a la punición por los errores o eventos informados. Meyer *et al.*<sup>58</sup> asegura que la confianza y el clima organizacional en el reporte y mejora de los eventos influyen en la seguridad del paciente, pues "cuando hay miedo en el hospital, el personal hará todo lo posible para ocultar los errores y el filtro de datos".

Según la percepción de los funcionarios sobre el reporte de un error y este quede registrada en su hoja de vida, se puede observar en la figura 15 las respuestas dadas.

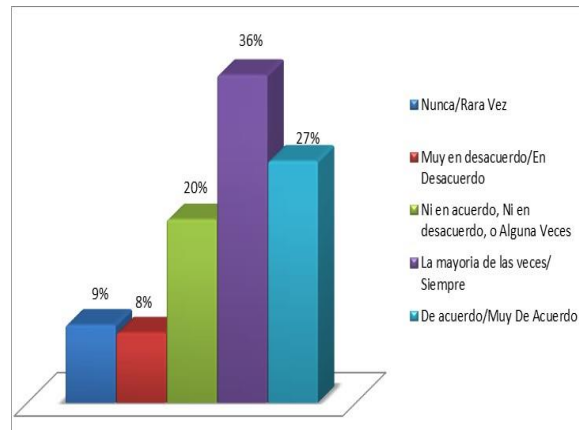
---

<sup>56</sup> COLOMBIA.MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía técnica “ Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, diciembre, 2009.Version 01. p 1-80.

<sup>57</sup> COLOMBIA, INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA –ESE. Informe medición de cultura de seguridad del paciente. Bogotá D.C, 2017, 13p.

<sup>58</sup> MEYER, G; FOSTER, N; CHRISTRUP, S; EISENBERG, J.Setting a research agenda for medical errors and patient safety. Health Serv Res. 2001 Apr. <cited 2007 Jan. 9>; 36(1 Pt 1). Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1089210 & blobtype=pdf>

**Figura 15.** Percepción de los funcionarios sobre el reporte de un error y este quede registrada en su hoja de vida.



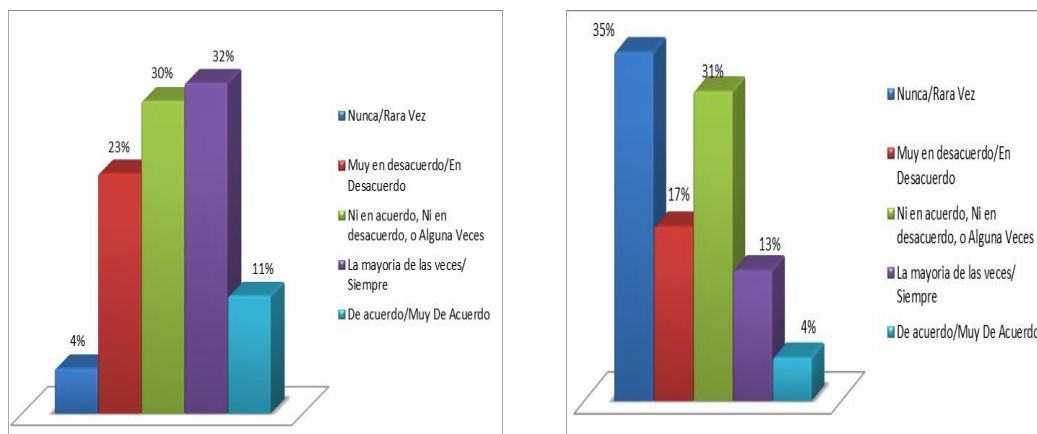
Como se observa en la figura 15, más de la mitad (63%) de los funcionarios perciben que los errores reportados son plasmados en su hoja de vida. Este resultado puede influir lo mencionado anteriormente por Meyer *et al*<sup>59</sup> sobre el temor al reporte por ello.

Con respecto a si la Institución cuenta con suficiente personal para realizar el trabajo y si es usado más personal temporal de lo adecuado para el cuidado del paciente, se puede apreciar en la figura 16 la respuesta dada por los encuestados.

---

<sup>59</sup> *ibid*

**Figura 16.** La institución cuenta con suficiente personal para realizar el trabajo (a) y uso de más personal temporal de lo adecuado para el cuidado del paciente (b).

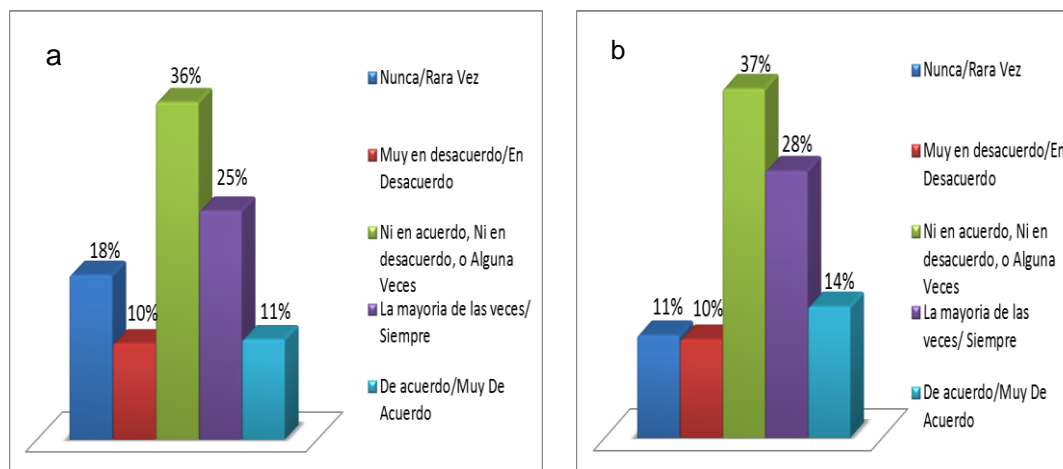


Menos de la mitad (43%) del personal considera que se cuenta con los empleados suficientes para realizar adecuadamente el trabajo (figura 16a); dado que no es una cifra significativa, se puede deducir que puede existir recarga de labores en algunos de los funcionarios para realizar las funciones asignadas; es decir no hay personal suficiente para garantizar la prestación de manera óptima, tal como indica Singer *et al*<sup>60</sup>. Por el contrario, en lo concerniente al cuidado del paciente, indicó el 52% que no utilizan más personal temporal de lo adecuado para el cuidado del paciente; es decir, que es suficiente para más de la mitad de los encuestados donde la eficiencia del recurso humano es fundamental para realizar dicha labor, lo que puede generar sobrecarga laboral como se dijo en la anterior variable.

Por otro lado, sobre las horas que trabaja el personal en el cuidado del paciente en su área y si se trabaja en situación de urgencia frecuentemente para hacer rápido el trabajo, en la figura 17 se puede apreciar la respuesta dada por los encuestados.

<sup>60</sup> SINGER, S; GABA, D; GEPPERT, J; SINAICO, A; HOWARD, S y PARK, K. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: p. 112-118.

**Figura 17.** El personal trabaja más horas de lo adecuado en su área para el cuidado del paciente (a) y frecuentemente trabajan en situación de urgencia intentando hacer mucho rápidamente (b)



Como se puede apreciar en la figura 17a, el 36% del personal manifestó trabajar más horas de lo adecuado y con la misma cifra (36%) indicaron que algunas veces. Esto permite inferir que la sobrecarga laboral puede conllevar a no desarrollar bien sus funciones; y puede generar según Muralidhar<sup>61</sup> eventos adversos. Para lo cual Gómez<sup>62</sup> sostiene que el aumento de la carga laboral impacta negativamente al personal en el ambiente propicio para desarrollar conductas que favorezcan la cultura de seguridad. Vale indicar que el Ministerio de Sanidad y Política Social<sup>63</sup> reportó haber obtenido resultados altos la variable “cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros” con oportunidad de mejora.

<sup>61</sup> Op. cit. MURALIDHAR

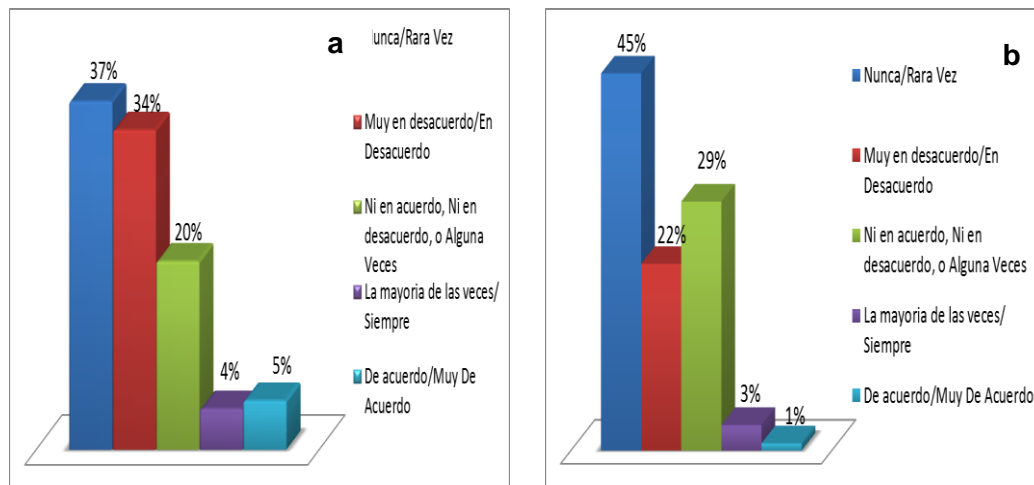
<sup>62</sup> GOMEZ, et al. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *En: Ciencia y enfermería*. Diciembre, 2011, vol.17 no.3.

<sup>63</sup> ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español .Editor centro de publicaciones paseo del prado. Madrid. 2009. p 1-131.

De igual forma, el 42% sostiene que se trabaja frecuentemente en situación de urgencia intentando hacer mucho rápidamente y el 37% indicó que algunas veces o son neutrales en afirmarlo; lo que corrobora la sobrecarga laboral.

Con respecto a cómo perciben los funcionarios en su área de trabajo si es solo por casualidad que no ocurran errores más serios y sobre tener problemas con la seguridad del paciente, se puede observar en la figura 18 dichas respuestas.

**Figura 18.** Percepción de los funcionarios en su área de trabajo sobre si es solo por casualidad que no se presentan errores más serios (a) y de tener problemas de seguridad del paciente (b).

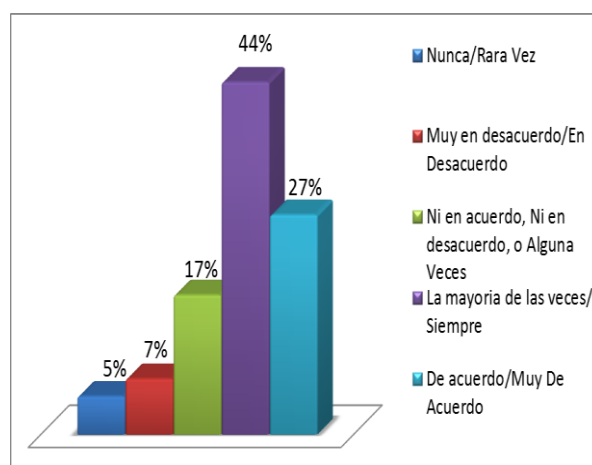


Dado que la mayoría (71%) de los encuestados manifestaron que no se presentan errores más serios en su área de trabajo solo por casualidad y no tener problemas de seguridad del paciente en su área (67%), se puede decir que tienen un control moderado al respecto para evitarlos; lo ideal sería lo sostenido por Córdoba<sup>64</sup> que el 100% indicó no tener problemas con la SP en su área.

<sup>64</sup> CORDOBA, et al. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en la IPS medicina domiciliaria de Colombia S.A.S de la ciudad de Popayán, trabajo de grado para optar al título de especialistas en administración en salud, universidad católica de Manizales. Popayán 2015 p.1-174, 96 p.

Por otra parte, en la figura 19 se aprecia la respuesta dada por los encuestados sobre si los procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir en la institución.

**Figura 19.** Percepción sobre los procedimientos y sistemas si son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir en la institución.



Los procedimientos utilizados en la Institución para la prevención de fallas en la atención son efectivos según lo mencionado por el 71% de los funcionarios (figura 20).

Según los resultados obtenidos de la dimensión cultura SP en el área asistencial en las variables estudiadas se observó un comportamiento positivo, por lo cual, se puede determinar como una fortaleza, cumpliendo con los criterios de valoración del  $\geq 75\%$  excepto la variable “considera que cuando su área está ocupada otras le ayudan” la cual se clasifica como una debilidad con solo un 32% de respuestas positivas. Parecido a lo encontrado por Roqueta<sup>65</sup> con respecto a las respuestas positivas.

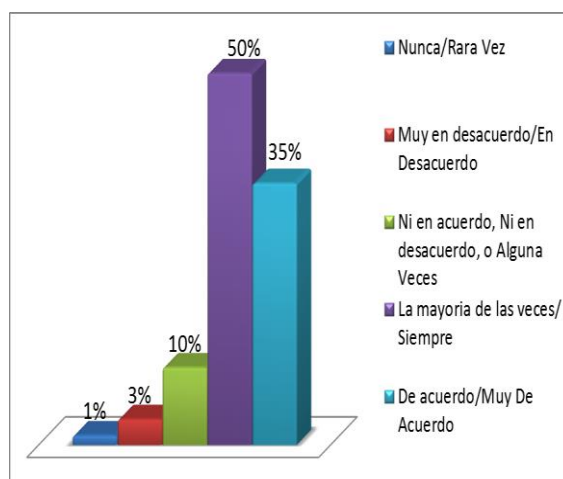
<sup>65</sup> *Op. cit.* ROUQUETA.

### 5.3 CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN

La dimensión “Cultura en la Institución” pretende establecer la percepción sobre las medidas de SP que toma la dirección, la cooperación que existe entre las diferentes áreas y cómo influye el cambio de turnos en la SP.

Conforme a las acciones de promoción de la dirección encaminadas a un ambiente de seguridad de los pacientes, se puede apreciar en la figura 20 la respuesta dada por los funcionarios.

**Figura 20.** La dirección propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.

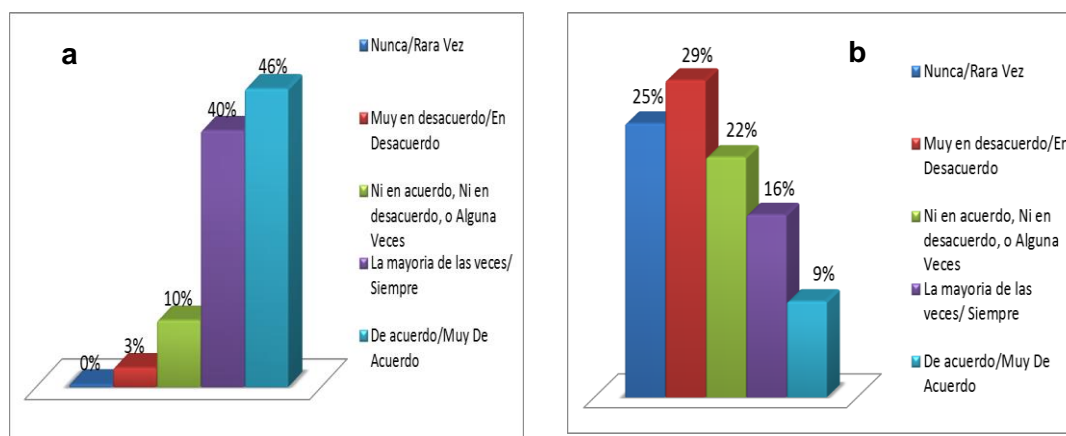


Según la figura 20, el 85% de los encuestados manifestaron que la dirección si fomenta un ambiente que propicia la seguridad del paciente, lo cual contribuye a fomentar la cultura hacia esta.

Teniendo en cuenta las medidas que toma la dirección de la institución y el interés de esta por procurar la seguridad del paciente, en la figura 21 muestra que es altamente prioritaria para ella y si solo se interesa después que ocurre un incidente o evento adverso.



**Figura 21.** Medidas que toma la dirección de la institución hacia la seguridad del paciente es altamente prioritaria (a) y si solo se interesa en la S.P cuando ocurre un incidente o evento adverso (b)



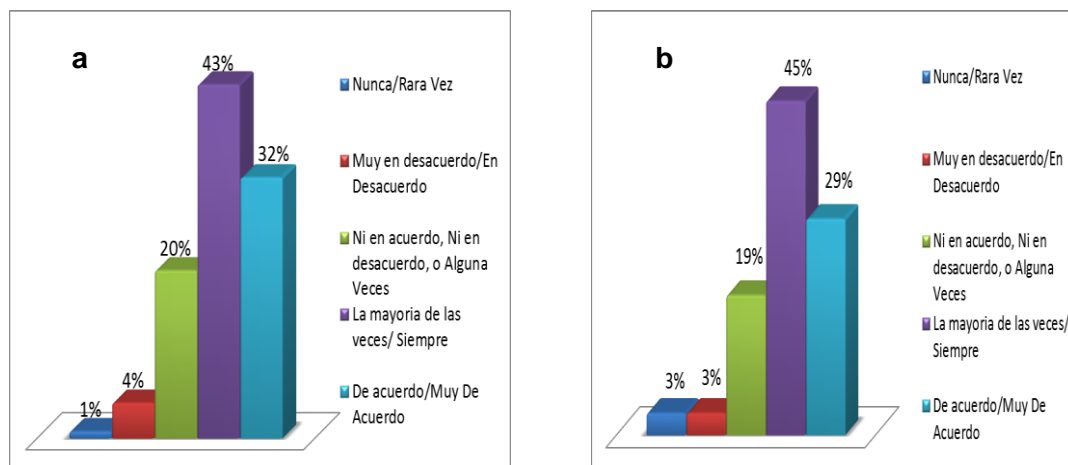
El 86% de los funcionarios mencionaron que la dirección realiza acciones que reflejan que la SP es una prioridad (figura 21a) y. no solo se interesa por la S.P cuando ocurre un incidente o evento adverso según la respuesta del 54% de los encuestados (figura 22b); cifras un poco mejores a lo encontrado por INC-ESE<sup>66</sup>. Por eso, Vincent<sup>67</sup> indicó que cuando la seguridad es una prioridad débil, hay más errores que cuando la gestión de las prácticas de seguridad es importante en el hospital como organización.

Conforme a la no coordinación y el trabajo en conjunto entre las áreas de la institución para propiciar el mejor cuidado de los pacientes, se puede observar en la figura 22 la respuesta dada por los encuestados.

<sup>66</sup> *Op. cit.* INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA –ESE. 14 p.

<sup>67</sup> VINCENT C, NEALE G, WOSHYNOWYCH M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*. 2001; 322:517-9

**Figura 22.** Percepción de la no coordinación (a) y el trabajo en conjunto para propiciar el mejor cuidado del paciente (b) entre las áreas de la institución.



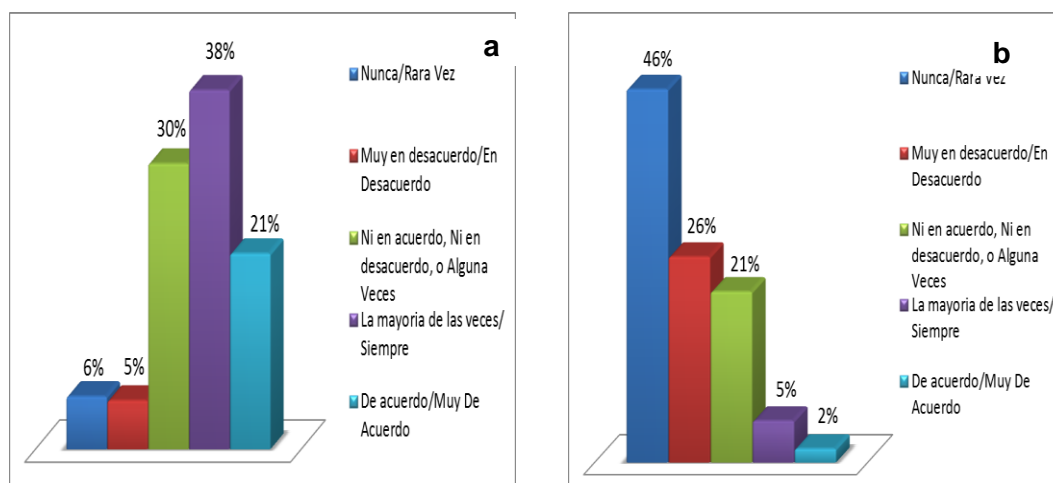
De acuerdo con la figura 22a, el 75% de los encuestados manifestaron que las áreas de la institución no están bien coordinadas entre sí, lo cual es preocupante para el mejor desempeño en el cumplimiento de los objetivos organizacionales; solo un 5% dijo estar coordinadas. A pesar de ello, el 74% respondió que se trabaja en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes (figura 23b); siendo fundamental según Ibarra<sup>68</sup> trabajar en equipo para brindar atención de calidad que conduzcan a generar mejores ideas y decisiones para producir resultados de mayor calidad. Según el Ministerio de la Protección Social<sup>69</sup>, la atención en salud es cada día más compleja y sofisticada, lo que hace necesaria la participación de más de un individuo en el cuidado de cada paciente e imprescindible la adecuada coordinación y comunicación entre ellos; en otras palabras, la atención de un paciente en la actualidad depende más de un equipo que de un individuo. Por este motivo todo el personal de salud debe entender que sus acciones dependen de otros y condicionan las de alguien.

<sup>68</sup> *Op cit.* IBARRA. 71 p.

<sup>69</sup> *Op cit.* MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. 12, p.

En lo referente a la buena colaboración entre las áreas que requieren trabajar en conjunto y la apreciación de los empleados sobre si es desagradable trabajar con personal de otras áreas, en la figura 23 se observa las respuestas dadas por los encuestados.

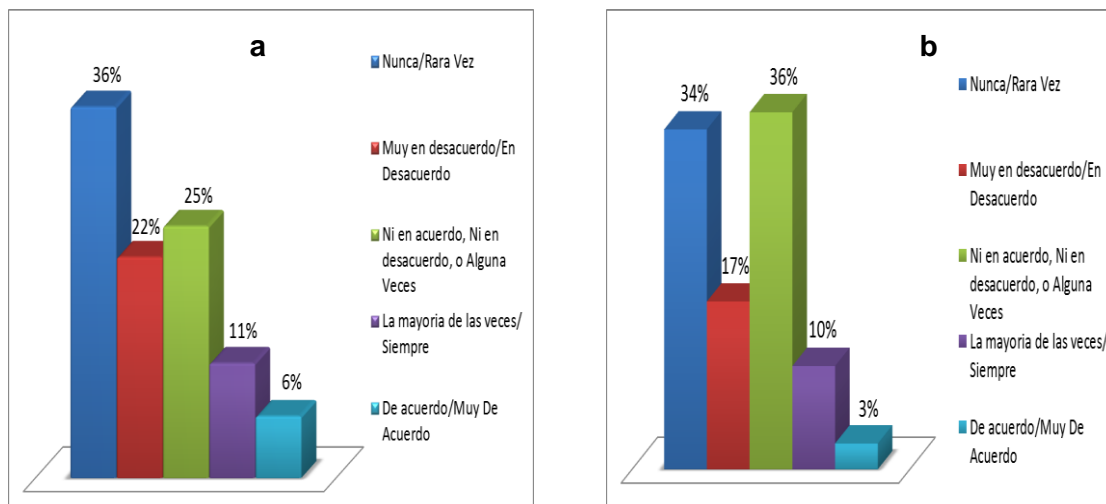
**Figura 23.** Percepción sobre la buena cooperación entre las áreas que requieren trabajar en conjunto (a) y si frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas (b).



Más de la mitad (59%) del personal manifestó que hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente (figura 23a), Por otra parte, el 72% de los empleados indicó que no es desagradable frecuentemente trabajar con personas de otras áreas, lo cual permite ofrecer una mejor atención en el cuidado del paciente y cumplir debidamente con los procesos de la institución.

De acuerdo con la continuidad de la atención de los pacientes que se pierde cuando se transfieren de un área a otra y los problemas que a menudo surgen en el intercambio de información entre las áreas, se aprecia en la figura 24 las respuestas dadas por los encuestados.

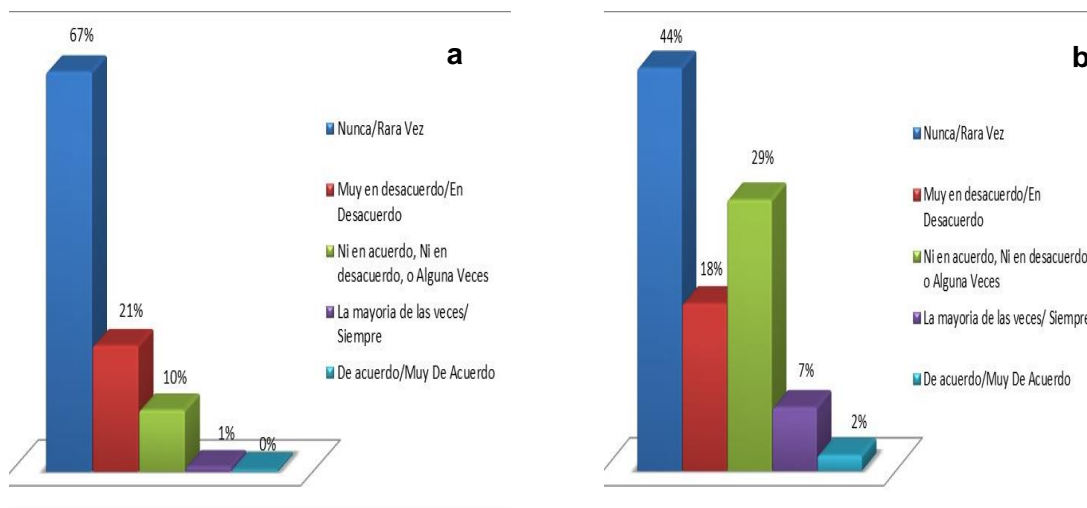
**Figura 24.** La continuidad de la atención de los pacientes se pierde con la transferencia de un área a otra (a) y surgen a menudo problemas al intercambiar la información entre áreas (b)



Como puede observarse en la figura 24a, más de la mitad (58%) de los funcionarios indicaron que la continuidad de la atención del paciente no se pierde al ser transferidos de un área a otra. el 51% manifestó que a menudo no surgen problemas al transferir información entre las áreas. De acuerdo a lo anterior, se requiere fortalecer la comunicación entre las áreas para prever que puedan suceder estas situaciones.

Teniendo en cuenta que los cambios de turnos pueden generar problemas para los pacientes y frecuente pérdida de información importante sobre el cuidado de los pacientes, en la figura 25 se puede apreciar las respuestas dadas por los encuestados.

**Figura 25.** Los cambios de turnos generan problemas para los pacientes (a) y frecuente pérdida de información importante sobre el cuidado de los pacientes (b).



De acuerdo con la figura 25a, el 88% de los encuestados declararon que, al realizar cambios de turno, estos no se generan problema para los pacientes y no se pierde información importante sobre el cuidado del paciente indicó el 62% (figura 25b); con respecto a esta última variable, esta cifra no es muy significativa, la cual es muy cercana a la encontrada por Ibarra<sup>70</sup> y podría considerarse como una acción de mejora. Vale indicar lo reportado en su estudio Muralidhar<sup>71</sup> que una de las principales razones de los eventos adversos es la información incompleta de los pacientes (71%).

#### 5.4 RESULTADO PERCIBIDO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y EVENTOS REPORTADOS Y COMUNICADOS

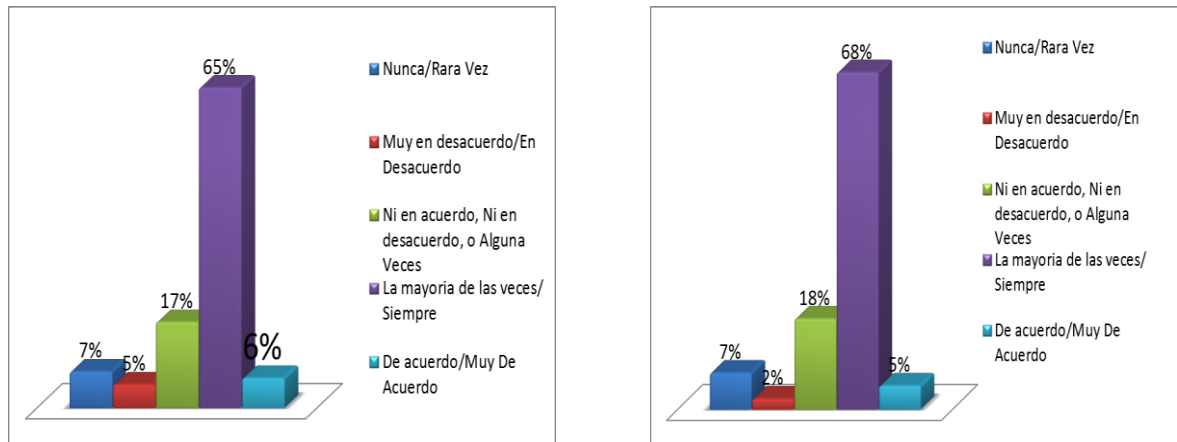
Conforme a la acción de que tan frecuentemente se reporta un error aun cuando este se descubrió y corrigió antes de afectar al paciente, o cuando pudiese dañar

<sup>70</sup> Op. cit. IBARRA.

<sup>71</sup> Op. cit. MURALIDHAR

al paciente, pero no lo hace, se puede observar en la figura 26 las respuestas dadas por los encuestados.

**Figura 26.** Frecuencia del reporte cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente (a) o cuando el error pudiese dañar al paciente, pero no lo causa (b).

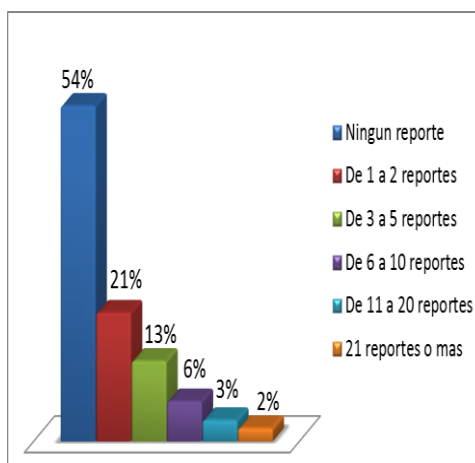


El 71% de los encuestados respondió que los errores si son reportados aun cuando se identifican y corrigen antes de afectar al paciente (figura 26a), así mismo 73% indicó que si se reporta el error que pudiera dañar al paciente, pero no lo causa (figura 26b); sin embargo, estos resultados no alcanzan la calificación definida en los criterios de valoración para ser una fortaleza de la institución. Murillo<sup>72</sup> indica al respecto, lo encontrado en su estudio, donde los sistemas de salud deben pasar de la "culpa y la vergüenza" cultura que impide el reconocimiento del error y obstaculiza cualquier posibilidad de aprendizaje de la experiencia.

<sup>72</sup> *Op. cit.* MURILLO.

Teniendo en cuenta el número de eventos adversos, errores y fallas en la atención en salud, reportados por los funcionarios en el transcurso de los pasados doce meses, se aprecia en la figura 27.

**Figura 27.** Número de reportes de eventos adversos, errores y fallas de la atención realizados en los pasados doce meses.



Se observa en la figura 27 que el 54% de los encuestados no ha realizado ningún reporte de eventos adversos en lo transcurrido de los últimos doce meses, mientras que el 21% realizó de 1 a dos reportes, cifra similar a la de INC<sup>73</sup> con un 23,4%. Teniendo en cuenta que el 46% hizo reportes de EA en la institución, esta cifra está cercana a la del estudio realizado por Mir-Abellán *et al*<sup>74</sup> con un 59,1%. A pesar de que más de la mitad de los funcionarios no reportaron ningún error, se puede considerar esta variable como una oportunidad de mejora.

A continuación, en el cuadro 3 se hace una clasificación de todas las fortalezas y oportunidades de mejora de acuerdo con las variables analizadas correspondiente a las dimensiones estudiadas, según los criterios de la “AHRQ” año 2004<sup>75</sup>.

<sup>73</sup> *Op. cit.*, INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA –ESE, p 12.

<sup>74</sup> MIR-ABELLÁN R, et al. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. Gac Sanit. 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.019>

<sup>75</sup> *Op. cit.*, AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY.

**Cuadro 3.** Dimensiones y variables clasificadas como fortaleza u oportunidad de mejora.

<b>Fortalezas</b>	<b>% respuestas</b>
Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente	93%
El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos	93%
En esta área, el personal se trata con respeto	91%
Por favor asígnele a su área/ área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente	88%
Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes	88%
Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	86%
Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad	85%
Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo	85%
En esta área, la gente se apoya mutuamente	85%
La Dirección de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	85%
En esta área, discutimos formas de prevenir fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer	82%
Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área	78%
<b>Oportunidad de mejora</b>	<b>% respuestas</b>
Las áreas de la Institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes	74%
¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, qué tan frecuentemente es reportado?	73%
Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los paciente	72%
Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución	72%
El área Funcional responsable del Programa de Seguridad del Paciente nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos	71%
Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios	71%
Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir	71%



¿Cuándo se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?	71%
El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	70%
Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área	67%
Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes	63%
Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida	63%
Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno	62%
Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes	60%
Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente	59%
La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área a otra	58%
Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez	58%
El personal siente que sus errores son usados en su contra	56%
La Dirección de la Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso	54%
En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/ errores/fallas de la atención/indicios de atención insegura ha diligenciado y enviado?	54%
Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente	52%
A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución	51%
El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto	50%

## 5. CONCLUSIONES

Los resultados encontrados en este estudio sobre la cultura de la seguridad del paciente en la IPS donde se realizó el estudio constituyen un aporte de parámetros de actuación ante situaciones específicas de la atención en salud que permitirán el fortalecimiento de las diferentes áreas, la calidad y seguridad de la atención.

El área que predomina en el estudio es el área asistencial, donde la mayoría de los funcionarios tiene de antigüedad de 1 a 5 años, lo que refleja una constante rotación de personal; Sobre la seguridad del paciente en la IPS más de la mitad de los encuestado consideran que es muy buena (Dimensión 1).

En la institución se realizan acciones de mejoramiento, analizando los errores y procurado que el trato entre funcionarios sea con respeto sin embargo también se observó cómo debilidad que el personal considera que esta sobrecargado de trabajo porque trabaja más horas de la adecuado y el personal no es suficiente, que no siente libertad de cuestionar a aquellos con mayor autoridad en lo que respecta a la seguridad del paciente, que al reportar un error siente que se está denunciando a la persona y no al problema y que las áreas no se apoyan entre si cuando alguna está ocupada (Dimensión 2) .

También que los cambios de turnos no es un factor que influya en la perdida de información sobre el cuidado de los pacientes así mismo las direcciones propicia un ambiente de SP como prioridad, a pesar de que se evidencio que en los funcionarios existe una tendencia a hacer lo posible como equipo para ofrecer lo mejor muy poco personal considero que las áreas no están bien coordinadas entre sí (Dimensión 3). La cultura de reporte es buena lo que refleja que para los funcionarios es importante identificar, analizar y evitar la ocurrencia de cualquier evento que pueda dañar al paciente (Dimensión 4).

## RECOMENDACIONES

- Es preciso fomentar un ambiente de confianza y libertad para hablar sin temor a acciones punitivas.
- Fomentar una cultura de retroalimentación entre directivos y personal a cargo.
- Infundir en el personal un pensamiento integral continuo de la calidad, de la gestión y del mejoramiento de procesos para mejorar la atención segura de los pacientes.
- Promover el trabajo compartido, la coordinación entre servicios.
- Tratar lo referente a la seguridad del paciente como una responsabilidad en equipo y no individual
- Se deberá cimentar una cultura que infunda en el personal de salud prácticas seguras para reducir al mínimo permitido la incidencia del daño innecesario asociado a la atención de los pacientes.
- Crear un sistema de notificación de incidentes anónimos, voluntario y que no tenga acciones punitivas
- Establecer protocolos de notificación de incidentes anónimos, voluntario enfocados en la identificación de factores latentes con probabilidades de generar daños o incidentes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. (Septiembre de 2004). Hospital Survey on Patient Safety Culture. Estados Unidos.

ALMEDA, K. La rotación de personal: todo lo que debes saber sobre ella. En: Talentclue. Julio, 2017. Disponible en: <http://blog.talentclue.com/rotacion-de-personal>

ARANAZ,J; ZURITA, R; DURIEUX, P. El desarrollo de la evaluación y de la calidad en el sistema sanitario francés. En: Calidad Asistencial, 2000; p.259-69. 15p.

BURBANO S, et al. Medición de la percepción de cultura de Seguridad del Paciente en una IPS de primer nivel en Bogotá, Colombia. Bogotá. Trabajo de grado para obtener el título de especialista en gerencia de la calidad en servicios de salud. Pontificia Universidad Javeriana, 2018, 33 p.

CABAÑAS R. Evaluación de la atención de la salud. En: Revista Médica Hondureña. 1994 [consultado 16 de mayo de 2019]; vol. 62, p.25-29. < [www.bvs.hn/RMH75/pdf/1994/pdf/Vol62-1-1994-7.pdf](http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/1994/pdf/Vol62-1-1994-7.pdf)>

CASTAÑEDA J, Stephany; HENAO, Yessica. Clima de seguridad del paciente Hospital General de Medellín. Trabajo de Grado para optar al título Administrador en Salud con Énfasis en Gestión de Servicios de Salud. Universidad de Antioquia, 2015, 13 p.

CODMAN, Ernest A. The result of a life in medicine. Philadelphia, W.B. Saunders, 2000.

COLOMBIA, INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA –ESE. Informe medición de cultura de seguridad del paciente. Bogotá D.C, 2017, 13 P.

COLOMBIA, MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL, resolución 008430 (octubre 4,1993). Por la cual se establecen las normas científicas técnicas y administrativas para la investigación en salud. Citado: el 23 de julio de 2019.Disponible <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf>

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. resolución 256 (febrero,5, 2016). Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. Artículo 5. Diario Oficial No. 49.794, febrero 22, 2016.

COLOMBIA.MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Diciembre, 2009.Version 01. p 1-80.

CORDOBA, et al. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en la IPS medicina domiciliaria de Colombia S.A.S de la ciudad de Popayán, trabajo de grado para optar al título de especialistas en Administración en Salud, Universidad Católica de Manizales. Popayán 2015 p.1-174, 96 p.

DEL CORONA, Arminda Rezende De Pádua. Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospital público de ensino de Mato Grosso do Sul. Teses Doutorado em Ciências, Universidade de São Paulo, 2017, 226 p.

ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de

Salud Español .Editor centro de publicaciones paseo del prado. Madrid. 2009. p 1-131.

ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Plan de calidad para el sistema Nacional de salud. Madrid, 2009, 131 p. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis\\_cultura\\_SPambito\\_hospitalario.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SPambito_hospitalario.pdf).

FAJARDO DOLCI, et al. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. En: *Cirugía y Cirujanos*, México, D.F, noviembre-diciembre, 2010, vol 78, nro 6, 78(6), p 527-532.

FERNANDEZ, Sonia B. Los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente. En: *Boletín CONAMED*, noviembre-diciembre, 2015, no 3, p 3. Recuperado de: [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos\\_adversos.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf)

GARCÍA B, Milagros. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Disponible en: [http://www.portalcecova.es/es/grupos/biologicos/pacientes/alianza\\_mundial\\_seguridad\\_paciente.pdf](http://www.portalcecova.es/es/grupos/biologicos/pacientes/alianza_mundial_seguridad_paciente.pdf). Consultado el 21 de mayo de 2019.

GIRALDO A., Paula y MONTOYA R., ISABEL. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Antioquia Colombia. Tesis de grado para optar el título de Magíster en Administración en Salud. Universidad CES , Medellín, 2013 p. 1-157.69-70 p

GOMEZ, et al. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN BOGOTÁ, COLOMBIA. En: *Ciencia y enfermería*. Diciembre, 2011, vol.17 no.3.

IBARRA C., María ; OLVERA S., Verónica y SANTACRUZ V., Javier. Análisis de la Cultura de Seguridad del paciente en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. En : *Conamed*. vol.16, nro 2, abril-junio, 2011, 65-73 p. ISSN 1405-6704

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH ORGANIZATION.  
“Events adverse 2006”

KABLE AK, GIBBERD RW, SPIGELMAN AD. Adverse events in surgical patients in Australia. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care ISQua*. 2002 Aug; vol.14, no. 4, p. 269–76.

LOPEZ P., Vicente; PUENTES V., Milton; RAMIREZ, Ana. Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta. Trabajo de grado para obtener el título de Maestría en Administración en Salud. Universidad del Rosario, Bogotá D.C, 2016.

LÓPEZ Q., Laura; TOBÓN C., Angélica y VELÁSQUEZ D., Valentina. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en clínica Versalles S.A. Universidad Católica de Manizales. 1-51 p, 23 p.

MEYER, G; FOSTER, N; CHRISTRUP, S; EISENBERG, J. Setting a research agenda for medical errors and patient safety. *Health Serv Res*. 2001 Apr. <cited 2007 Jan. 9>; 36(1 Pt 1). Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1089210&blobtype=pdf> [ Links ]

MICHEL P, *et al*. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. En: *BMJ*. 2004; vol. 328, p.

MINGOTE A., Jose C; MORENO J., Bernardo y GALVEZ H., Mónica. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. En: Medicina clínica, 2004, vol. 123, no 7, p. 265-270

MIR-ABELLÁN R, et al. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. Gac Sanit. 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.019>

MONTANE, N. La asertividad en el trabajo: una competencia esencial para un desempeño laboral exitoso. En: Revista del banco central de cuba, La Habana, 2008, nro. 4, 27 p.

MORERA E. Sistema de seguridad social integral. [Internet] Ley 100 de 1993 [citado 06 Jun 2018]. Artículo 185 y el 225, Editorial Unión Limitada. P 84 a la 85 y 96 a la 99. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>.

MURALIDHAR, Sumathi; TANEJA, Akhil; RAMESH, V. Cultura de seguridad del paciente: percepción de los trabajadores de la salud en un hospital de atención terciaria. En: Revista Internacional de Riesgos y Seguridad en Medicina , 2012, vol. 24, no 4, p. 191-199.

MURILLO D. La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones. Cap 5. España: Ediciones Díaz de Santos; 2006.

ORGANISMO INTERNACIONAL DE ENERGÍA ATÓMICA. Cultura de la Seguridad. Viena; 1991. Contract No. 75-INSAG-4.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Ginebra: OMS; 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 55ª Asamblea Mundial de la Salud WHA 55.18. Punto 13.9 del orden del día 18 de mayo de 2002. Calidad de la atención: seguridad del paciente. (citado 13 febrero 2009)



OTERO, et al. Medication errors in pediatric inpatients: prevalence and results of a prevention program. *Pediatrics*, 2008, vol. 122, nro 3, p. e737-e743.

PEÑA F, Olga; PARRA, Eliana y GOMEZ, Ana. Cultura de seguridad del paciente en la prestación de servicios profesionales de Terapia Ocupacional. En: *Revista Científica Salud Uninorte*, 2017.vol 33, no. 3.

PIZZI, Laura T; GOLDFARB, Neil I; NASH, David B. Promoting a Culture of Safety. EN: Thomas Jefferson University School of Medicine and Office of Health Policy & Clinical Outcomes. Disponible en la página web: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/archivo.asp?offset=255&Id1=54&> consultado el 23 de mayo de 2019

RAMIREZ M., M.E. y GONZALEZ P.,AVILES, A. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. *En: Enfermería universitaria* [en línea]. 2017, vol.14, nro.2, p.111-117. ISSN 2395-8421. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.006>.

REVISTA ACADÉMICA NACIONAL DE MEDICINA. Modelo conceptual y definiciones básicas de la política de seguridad del paciente. [en línea]. Bogotá, 2008, vol. 30, n°.2 (81). Disponible en <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicinas/academedicina/va-81/respuestadelministerio1/>. ISSN: 0120-5498.

ROUQUETA E., Fermí ; TOMÁS V., Santiago.; CHANOBAS B., Manel R. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias*, Barcelona, 2011, vol. 23, p. 356-364.

SAMMER C, et al. What is patient safety culture? A review of the literature. *J. Nurs. Scholarsh.* 2010; vol. 42, no. 2. P.156-165.

SATURNO et al. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *En: Medicina Clínica*, 2008, vol. 131, p. 18-25.

SINGER, S; GABA, D; GEPPERT, J; SINAIKO, A; HOWARD, S y PARK, K. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: p. 112-118.

SORRA, J. S.; NIEVA, V. F. Hospital survey on patient safety culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2004.

THE TASK FORCE: Quality interagency coordination (Quic) Task Force. US Government. 1999.

TYLOR EB. La ciencia de la cultura. In: Kahn JD, editor. El concepto de cultura textos fundamentales. Barcelona. En: *Anagrama*; 1975, p. 29-46.

VILLAREAL, Elizabeth. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. En: *Revista Científica Salud Uninorte*, marzo, 2007. vol. 23, p. 112.

VILLARREAL P, Jesús Z; GOMEZ A., S y BOSQUES, F. Errar es humano. En: *Revista Medicina Universitaria*, marzo, 2011. p.70.

VINCENT C, NEALE G, WOSHYNOWYCH M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*. 2001; 322:517-9

## ANEXOS

### Anexo A. Carta de solicitud para aplicación de encuesta



**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA**  
Facultad Ciencias de la Salud  
Programa Administración en Salud  
Departamento Salud Pública



DPS – 082.  
Montería, miércoles 22 de mayo de 2019

Doctor

Monteria

Respetado Doctor:

Dentro de las exigencias para obtener el título de pregrado, los estudiantes deben realizar su trabajo de grado; en este caso, la estudiante *Karla Henao Gutierrez* del programa de Administración en Salud tiene como propósito realizar un estudio para evaluar la cultura de la seguridad del paciente en el área de atención al usuario en su clínica. Dicho estudio está dirigido por la Profesora Elvira Durán Rojas, MSc., D.Sc. (cel. 3013706074/edrojas@correo.unicordoba.edu.co), por lo cual, solicitamos muy gentilmente el apoyo suyo y del personal de esta área para que pueda recopilar información mediante unas encuestas adaptadas de AHRQ.

Se deja claro, que esta información se mantendrá de manera sigilosa y en ningún momento se dará su nombre y el de su institución, dado que el fin es académico.

Una vez las estudiantes concluyan dicho estudio, si es de su interés, le haremos llegar los resultados del informe final y podrá asistir a la sustentación de dicho trabajo, por lo cual, le agradecemos manifestar si desea lo anterior.

Agradecemos poder contar con su apoyo,






**AMPARO PITALÚA DE VALLE**  
Jefe Departamento Salud Pública

31 MAY 2019  
*H. Henao*  
A. Henao



**Por una universidad con calidad, moderna e incluyente**  
Carrera 6ª. No. 77-305 Montería NIT. 891080031-3 - Teléfono: 7860300 - 7860920  
[www.unicordoba.edu.co](http://www.unicordoba.edu.co)

## Anexo B. Encuesta adaptada y aplicada por la IPS

ENCUESTA DE PERCEPCION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE		No. _____						
  		Fecha diligenciada	DD	MM	AA			
<p>Estimado funcionario, estamos interesados en conocer los avances que su institución tiene frente a la seguridad del paciente, por esto lo invitamos a contestar la siguiente encuesta que hace parte del desarrollo del trabajo de investigación “Cultura de la seguridad del paciente en una IPS de alta complejidad, Montería, Córdoba” de la estudiante de Administración en Salud de la Universidad de Córdoba, Karla Lucía Henao Gutiérrez, dirigido por la profesora Elvira Durán Rojas, M.Sc., D.Sc. Su participación es voluntaria y la información obtenida del presente estudio, será manejada de forma confidencial, de manera que su nombre no será revelado en los resultados de este estudio (Resolución 8430 de 1993 Ministerio de Salud). Contamos con su compromiso para que sus respuestas sean efectivas a la realidad que presenta la institución en su área de trabajo y a nivel institucional; en caso de que usted esté en más de una unidad funcional, evalúe en la cual usted realice más actividades. Agradecemos su tiempo, gentileza y colaboración en responder la presente encuesta, por favor verifique que conteste todas las preguntas, pues este es un insumo valioso para el fortalecimiento de su institución.</p>								
No.	DIME NSÍO	PREGUNTA	SEÑALE LA RESPUESTA					
1	SOCIODEMOGRÁFICA	¿Cuál es su principal área de trabajo, en esta Institución?	a. Urgencias __ b. Hospitalización __ c. Consulta Externa __ d. Sala de Partos __ e. Promoción y Prevención __ f. Laboratorio __ g. Vacunación __ h. Rehabilitación __ i. Administrativa __ j. Imágenes diagnosticas __ k. Transporte de Pacientes __ l. Farmacia __ m. Otra. __ Cual _____					
2		¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución?	a. Menos de 1 año	b. De 1 a 5 años	c. De 6 a 10 años	d. Mayor de 10 años		
3		¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área?	a. Menos de 1 año	b. De 1 a 5 años	c. De 6 a 10 años	d. Mayor de 10 años		
4		¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?	a. Menos de 20 horas	b. De 20 a 39 horas	c. De 40 a 69 horas	d. De 70 a 79 Horas	e. De 80 a 99 horas	f. 100 horas o más
5		Por favor, asígnele a su área/ área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente	Excelente	Muy Bueno	Aceptable	Pobre	Malo	
6		¿Cuál es su cargo en esta institución?	a. Enfermera profesional __ b. Médico __ c. Odontólogo __ d. Médico SSO __ e. Auxiliar de enfermería __ f. Auxiliar de odontología __ g. Auxiliar odontología __ h. Bacteriólogo __ i. Personal rehabilitación __ j. Personal psicosocial __ k. Personal de mantenimiento __ l. Líder de proceso __ m. Técnico rayos X __ n. Personal de dirección y gerencia __ o. Personal administrativo __					
7		¿Qué tipo de contrato tiene?	a. Nombrado (carrera adm. o servicio público)	b. Cooperativa	c. Contrato de Prestación de Servicios	d. otro. ¿Cuál? _____		
8		En su cargo ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?	a. SI	b. NO				
9		¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?	a. Menos de 1 año	b. De 1 a 5 años	c. De 6 a 10 años	d. Mayor de 10 años		

En las siguientes preguntas, señale con una X la opción que usted considera más acertada		Nunca/rar a vez	May en desacuerdo ni en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces acordamos	De acuerdo/ May de acuerdo
		1	2	3	4	5
8	CULTURA SP ÁREA ASISTENCIAL					
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						

En las siguientes preguntas, señale con una X la opción que usted considera más acertada			Nunca/rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
			1	2	3	4	5
35	CULTURA EN LA INSTITUCIÓN	La Dirección de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente					
36		Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria					
37		La Dirección de la Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso					
38		Las áreas de esta institución no están bien coordinadas entre sí					
39		Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente		r			
40		Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución					
41		Las áreas de la Institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes					
42		La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área a otra					
43		Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno					
44		A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución					
45		Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes					
46	RESULTADO PERCIBIDO DE LA CULT.S.P. Y EVENTOS ADV.	¿Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?					
47		¿Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, qué tan frecuentemente es reportado?					
48		¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, qué tan frecuentemente es reportado?					
49		En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/ errores/fallas de la atención/indicios de atención insegura ha diligenciado y enviado?	a. Ningun reporte	b. De 1 a 2 reportes	c. De 3 a 5 reportes	d. De 6 a 10 reportes	e. De 11 a 20 reportes f. 21 reportes o mas

\* Versión revisada y corregida tomada de la adaptación de la Encuesta de Clima de Seguridad propuesta por el AHRQ y adaptada por el Centro de Gestión Hospitalaria